

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

-71

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Madeleine GAGNIER

Née le 18 mai 1912, à Fontenay-le-Comte (Vendée)

Ancienne externe des Hôpitaux de Paris

Ancienne interne de l'Hôpital de Saint-Denis

CONSIDÉRATIONS

SUR LE

TRAITEMENT DES ÉPILEPTIQUES

L'EXPÉRIENCE DES ASILES JOHN BOST

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Madeleine GAGNIER

Née le 18 mai 1912, à Fontenay-le-Comte (Vendée)

Ancienne externe des Hôpitaux de Paris

Ancienne interne de l'Hôpital de Saint-Denis

CONSIDÉRATIONS

SUR LE

TRAITEMENT DES ÉPILEPTIQUES

L'EXPÉRIENCE DES ASILES JOHN BOST

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1941

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	{ ABRAMI.
	{ FIESSINGER.
	{ LOEPER.
	{ RATHERY.
	{ LEREBoullet.
Hygiène et clinique de la première enfance	{ NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants	{ LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	{ GOUGEROT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	{ LEMIERRE.
Clinique des maladies infectieuses	{ CUNÉO.
	{ GOSSET.
Clinique chirurgicale	{ GRÉGOIRE.
	{ LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	{ VELTER.
Clinique urologique	{ CHEVASSU.
	{ COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	{ JEANNIN.
	{ LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	{ HAZARD.
	{ MULON
	{ OLIVIER.
	{ SANNIÉ.
	{ VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINEPathologie chirurgicale.
BARIÉTY..... Pathologie médicale.
BERNARD Etienne.Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin) Hydrologie.
BONNET..... Bactériologie.
BOULANGER.. Chimie.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BROUET..... Pathologie médicale.
BULLIARD.... Histologie.
CACHERA..... Pathologie médicale.
CORDIER..... Anatomie.
COSTE..... Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger). Urologie.
DELARUE Anatomie pathologique.
DELAY Pathologie médicale.
DEGREZ (H.).. Physique.
DESOILLE..... Médecine légale.
DIGONNET.... Obstétrique.
DOGNON..... Physique.
FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
cale.
GALLIARD.... Parasitologie.
GARCIN.....Pathologie médicale.
M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
thologique.

MM.

DE GENNES.... Pathologie médicale.
GIROUD..... Histologie.
HAGUENAU... Pathologie médicale.
HALPHEN.... Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON..... Hygiène.
LACOMME..... Obstétrique.
LANTUÉJOL. Obstétrique.
LAVIER..... Parasitologie.
LELONG..... Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LENÈGRE Pathologie médicale.
M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
MARCHAL Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET... Pathologie médicale.
MOUQUIN.... Pathologie médicale.
PATEL Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
RENARD..... Ophtalmologie.
RICHET..... Physiologie.
SÉNÈQUE.... Pathologie chirurgicale.
SICARD Pathologie chirurgicale.
SOULIE Pathologie médicale.
SUREAU..... Obstétrique.
TURPIN..... Pathologie médicale.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
LE LORIER..... Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
VAUDESCAL..... Obstétrique.

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicales
BRULÉ.....		BROCQ	
CATHALA.....		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER...	
CHEVALLIER		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET	
LAROCHE (G.) ...		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU		FEY.....	
SÉZARY			

MM.

ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
METZGER.....	
PORTES.....	
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Avec tendresse et reconnaissance.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

*Qui nous a fait le grand honneur de
présider cette thèse.*

Avec nos respectueux remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. REY-LESCURE

Médecin-directeur des Asiles John Bost

En témoignage de ma vive gratitude.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DUVAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. SCHWARTZ

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR B. DESPLAS

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. ABRAMI

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BRULÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CATHALA

Internat de l'Hôpital Saint-Denis :

MONSIEUR LE DOCTEUR P. DELAFONTAINE

MONSIEUR LE DOCTEUR DANSAERT

MONSIEUR LE DOCTEUR ARCHAMBAULT

CONSIDÉRATIONS

SUR LE

TRAITEMENT DES ÉPILEPTIQUES

L'EXPÉRIENCE DES ASILES JOHN BOST

Introduction.

L'historique du placement des épileptiques montre une évolution considérable, voire même un changement du tout au tout dans la façon d'envisager et de résoudre cet important problème.

Au siècle dernier, on ne connaissait d'autre solution que l'hospice (Bicêtre, La Salpêtrière) ou l'asile d'aliénés, tout en mesurant cependant l'insuffisance de ces deux procédés, et la nécessité de concevoir avec beaucoup plus de souplesse et de variété un problème aussi riche en nuances, en complexité, en cas particuliers.

Peu à peu, les progrès de la médication et la découverte de traitements plus efficaces d'une part, et en outre l'extension des recherches médico-psychologiques et médico-pathologiques pour les anormaux de toute sorte, ont donné un nouvel intérêt à la question. En même temps, on s'attaquait aux solutions pratiques ; on affirmait qu'il y avait lieu de fournir à

ces malades autre chose que l'asile ou l'hospice, tout au moins dans un très grand nombre de cas.

Certes la loi prévoit le placement des épileptiques en des sections séparées dans les hôpitaux psychiatriques. Et lorsque certains épileptiques se montrent particulièrement difficiles à contenir, enclins aux actes anti-sociaux, soit dans les périodes paroxysmiques, soit dans les périodes intercalaires, il est naturel de les placer dans un milieu hospitalier outillé pour la garde, la surveillance et le traitement des malades agités ou impulsifs. Mais dans l'état actuel des choses, il n'apparaît pas qu'il y ait avantage à interner des épileptiques qui ne menacent pas à proprement parler la sécurité des personnes ou ne présentent pas de gros troubles démentiels.

Beaucoup d'épileptiques légers peuvent rester dans la circulation ordinaire. Traités par des médecins privés ou aux consultations hospitalières, ils peuvent être à peu près équilibrés par le traitement approprié. Et sous réserve de certaines précautions à prendre, au point de vue professionnel ou familial, ils ont une existence sociale sans trop de complications. Il peut même arriver que des individus travaillant normalement fassent des crises convulsives typiques d'une manière tout à fait exceptionnelle et dans des circonstances spéciales de fatigue, d'intempérance, ou autre. C'est ainsi que les commissions de réforme militaires ont assez fréquemment à trancher le cas d'épileptiques jusqu'alors mal reconnus comme tels.

Mais à côté des épileptiques justiciables de l'asile

d'aliénés et ceux traités efficacement et de comportement quasi normal, il en existe une quantité considérable qu'on a avantage à placer dans des établissements spéciaux où ils peuvent être surveillés, traités, éduqués, et adaptés à un travail. On ne peut pas dire à la vérité que ce sont des cas « moyens » au point de vue épilepsie. Les considérations qui militent en faveur de l'hospitalisation des épileptiques ne sont pas absolument en rapport avec la gravité du processus épileptique lui-même.

Tenons compte d'abord des circonstances familiales. Il est fréquent que l'épileptique appartienne à une famille, ou qui serait obligée de le laisser seul pour aller travailler au dehors, ou qui ne pourrait se charger, pour des raisons d'âge, d'habitation, d'entourage, etc... d'un malade dont les crises ne laissent pas d'être impressionnantes, voire même dangereuses.

La notion de fréquence des crises et de l'état qui suit celles-ci a également une importance. Il est évident qu'on aura tendance à placer dans un établissement un épileptique à crises multiples et à longues périodes de somnolence et de fatigue post-paroxysmiques, plus facilement qu'un épileptique léger.

Mais pratiquement ce qui paraît jouer le plus grand rôle dans le placement en milieu spécialisé, c'est l'état mental et les troubles du caractère ou du comportement.

L'état mental des épileptiques, ou pour mieux dire, leur niveau psychique est extrêmement variable : en effet, nombreux sont les idiots qui présentent des

crises convulsives ; nombreux aussi sont les épileptiques qui, à la suite de crises répétées, sont dans un état d'abrutissement, de déchéance intellectuelle très marquée. Et tous ces malades méritent d'être recueillis dans des établissements. Mais même chez les épileptiques d'une intelligence normale, le placement peut être nécessité par des raisons de comportement, même en dehors des crises. Ainsi il faut compter avec les fugues, les impulsions diverses, les absences, avec toutes les conséquences personnelles ou sociales que peuvent comporter ces phénomènes morbides. En outre, c'est avec raison qu'on met en évidence certains traits du caractère épileptique qui rendent la vie commune un peu pénible. L'irritabilité, le passage inattendu d'une certaine obséquiosité à la violence, la tendance à la revendication, comme la lenteur des opérations mentales, la bradypsychie comitiale bien signalée par divers auteurs, notamment par Abadie dans son rapport sur l'épilepsie psychique, ces divers éléments et d'autres encore incitent à un placement dans un milieu approprié.

On ne doit pas considérer comme exagérée l'idée d'avoir des établissements spéciaux pour épileptiques. L. J. J. Muskens au Congrès neurologique international de Londres de 1935 a insisté sur l'utilité d'hôpitaux spéciaux pour cette catégorie de malades. Il en existe un certain nombre à l'étranger (En Suisse, Asile de Lavigny, un autre établissement très bien organisé à Zurich, etc... En France, plusieurs établissements publics ou privés reçoivent les

épileptiques et s'efforcent de les surveiller et de les traiter. Mentionnons notamment l'Institut de Cernay, l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubray, l'Asile de La Teppe, etc.)

Diverses circonstances nous ont amené ces derniers mois à entrer en contact plus direct avec les Asiles John Bost à La Force dans la Dordogne. Ces asiles, formés de dix pavillons très séparés où sont hospitalisés des débiles mentaux, des arriérés, des idiots, des infirmes, des vieillards, des malades chroniques, abritent normalement une centaine d'épileptiques. Une maison spéciale a été construite en 1862 pour les jeunes filles et femmes épileptiques, et une autre en 1867 pour les jeunes gens et les hommes épileptiques. En outre d'autres maisons reçoivent des idiots présentant plus ou moins fréquemment des crises convulsives. Il s'agit donc là d'une expérience des épileptiques qui porte sur près de 80 ans. Des traitements ont été essayés ; des observations ont été faites ; des méthodes ont été éprouvées.

Il nous a paru intéressant d'envisager la question du placement et du traitement des épileptiques dans des établissements spéciaux en partant d'un exemple concret. La documentation apportée et sa discussion permettront de mieux se rendre compte que depuis de longues années, dans notre pays, des efforts méritoires ont été faits pour améliorer le sort des épileptiques.

Sans doute, nous aurions pu nous laisser arrêter par une considération particulière. Les Asiles John

Bost, œuvre reconnue d'utilité publique depuis 1877, sont de toute évidence une œuvre confessionnelle en ce sens qu'on ne reçoit en principe dans ces Asiles que des pensionnaires appartenant à la religion protestante, et surtout que la direction et le personnel sont protestants. Nous n'avons pas pensé qu'il y ait là un obstacle à l'objectivité de notre exposé. Bien plutôt s'il est exact qu'il est du caractère de certains épileptiques de manifester une religiosité un peu spéciale, avec des tendances intermittentes à une vocation religieuse, nous pourrions ajouter sur ce point quelques nouvelles observations.

Nous nous proposons donc de présenter successivement un historique de la fondation et des méthodes générales des Asiles John Bost ; une discussion des statistiques fournies ; des observations de malades ; des considérations sur le traitement des épileptiques.

CHAPITRE I

Historique des Asiles John Bost.

La Force est un petit chef-lieu de canton, à 9 kilomètres de Bergerac, et situé sur un coteau qui domine la vallée large et fertile de la Dordogne. La fondation des asiles qui portent son nom est due à un homme énergique et charitable, le pasteur John Bost. Bouleversé au cours de son adolescence par le spectacle des misères et des souffrances humaines, saisi aussi par le sentiment de la fragilité de la vie, il avait résolu de consacrer ses forces à soulager les corps et les âmes. Nommé pasteur de la paroisse de La Force en 1844, il put réaliser assez rapidement, grâce à ses dons d'animateur, d'organisateur et de collecteur son premier asile, « la Famille », destiné à des jeunes filles orphelines ou moralement abandonnées.

Parmi celles-ci se trouvaient des arriérées, et très tôt il fallut songer à construire une nouvelle maison pour les hospitaliser et les éduquer séparément ; et ce fut la création de « Béthesda » en 1855, pour des filles idiotes, simples d'esprit, aveugles, ou infirmes. John Bost se vit obligé de continuer son effort pour

les jeunes gens et hommes de la même catégorie, et en 1858 il édifia « Siloé ». Quelques années plus tard la préoccupation du sort malheureux des épileptiques amena la fondation successive « d'Eben Hézer » pour les épileptiques femmes et « Béthel » pour les épileptiques hommes. Ultérieurement de nouvelles constructions s'imposèrent. « Le Repos » et « La Retraite » recueillirent des dames âgées, tandis que « La Miséricorde » et « La Compassion » furent destinées aux idiots et idiots gâteux. Enfin assez récemment, en 1930, l'un des successeurs de John Bost fit édifier « L'Espérance » et son pavillon annexe, pour la rééducation des garçons arriérés. Le chiffre normal d'hospitalisés est d'environ 650 personnes.

En ce qui concerne spécialement les deux sections pour épileptiques (Eben-Hézer et Béthel) il vaut la peine de relever, à travers la série des rapports de l'établissement, quelques constatations de la direction. On notera que les débuts ont été extrêmement modestes. Il n'y avait que quelques pensionnaires au moment de la création de l'asile, et des locaux assez primitifs. Progressivement le nombre des pensionnaires a augmenté et les locaux ont été agrandis et mieux adaptés à leur destination spéciale. Le rapport de 1868 compte 19 malades à Eben-Hézer et 9 à Béthel ; mais dès 1876 ces chiffres montent respectivement à 45 et 30. (1). De même Eben-Hézer fut installé tout d'abord

1. Nos citations puisant alternativement dans les rapports traitant des asiles d'hommes ou de femmes, l'auteur se trouvera donc parler des malades alternativement au masculin et au féminin.

dans une partie des dépendances de Béthesda. Il y avait « au rez-de-chaussée une salle d'étude, servant aussi de salle de couture et de réfectoire ; au premier une pièce pouvant contenir huit lits, une petite chambre contiguë, un vestiaire et des cabinets de toilette » (1). Mais déjà on se préoccupe d'avoir des pièces séparées qui permettront d'isoler les malades quand on pourra entrevoir l'approche d'une crise, ce qui arrive quelquefois. (2) Béthel n'avait en 1867 que 9 lits. On avait seulement deux dortoirs avec les cabinets de toilette et une salle à manger servant à la fois de salle d'étude et de récréation (3). Mais John Bost ajoutait : « Quand Bethel sera installé, nous aurons des cellules, des chambres de résurrection, des salles de bain avec douches ».

Il est de fait que la question des locaux adaptés à l'hospitalisation des épileptiques a été une de ses préoccupations. Des cellules s'imposaient pour pouvoir isoler et retenir les épileptiques en période d'excitation, de violence, ou d'accès démentiels. ».. « Les crises épileptiques amènent souvent la folie, et même la folie furieuse. Le silence le plus absolu, l'obscurité la plus complète leur est indispensable pour les calmer... Ils couchent dans leurs cellules. Celles-ci sont planchayées. Nous avons remplacé les lits de fer dont ils tordaient les barres dans leurs crises, par des lits de bois, fixés solidement au plancher. Toutes les me-

1. Rapport de 1864, p. 75.

2. R. 1864, p. 80.

3. R. 1867, p. 92.

sures sont prises pour qu'ils ne puissent se faire du mal. A l'intérieur, il n'y a pas une serrure, un clou, une aspérité. Les surfaces sont polies. Nous avons essayé de matelasser les abords de leurs lits et des murs, mais dans leur rage ils déchirent tout» (1). « Les lier, comprimer cette exubérance de forces, c'est les rendre furieux, les exaspérer. Il leur faut la liberté de leurs mouvements, puis ils se calment. Les cellules devront être construites en carrelage, à surfaces polies et assez solides pour qu'ils ne renversent pas les murs. Elles devront être obscures, quoique bien aérées. De ces cellules, il faudra les mettre en communication avec l'hydrothérapie, de manière à pouvoir faire jouer le jet sur leur tête, seul moyen de les calmer » (2).

Les « chambres de résurrection » ne paraissent pas avoir été aussi nécessaires qu'on le pensait au début, puisque nous ne trouvons guère de renseignements sur elles. Elles étaient destinées à permettre à l'épileptique qui venait d'avoir une crise et encore plongé dans un état stuporeux de reprendre progressivement conscience dans le calme et la tranquillité. Mais pratiquement on s'est rendu compte que les autres épileptiques de l'asile n'étaient guère impressionnés par les crises d'un de leurs camarades et qu'au contraire ils lui portaient secours. En outre comme les crises peuvent se produire n'importe où et à n'importe quel moment de la journée, il parut préférable

1. R. 1873, p. 50.

2. R. 1876, p. 60.

d'avoir un matériel tel que brancard, matelas, etc., soit pour transporter le malade dans son dortoir, soit pour lui laisser terminer sa crise sur place ou dans un local facilement surveillé.

Les installations de bains et douches ont été l'objet de soins attentifs car on considérait à l'époque que l'hydrothérapie était une des meilleures thérapeutiques des maladies psychiques et singulièrement de l'épilepsie. C'est ainsi qu'on devait inaugurer en 1869 l'installation suivante : « Au rez-de-chaussée se trouvent quatre salles à bain, une salle plus grande avec piscine pouvant contenir six personnes, et quelques dépendances. Au premier, deux chambres devant servir à des malades qui réclament pour un temps des bains fréquents ; une grande chambre avec les chaudières et une grande baignoire fixée au plancher pour des cas, hélas ! trop fréquents, où il faut de force soumettre la malade à l'action de l'eau » (1).

Quant aux dortoirs, on a pensé très sagement qu'il n'y avait pas lieu de les faire trop grands. Un dortoir de douze lits semblait être un maximum. Les dortoirs de huit lits étaient plus appréciés. Mais on désirait également des chambres à trois ou quatre lits et des chambres particulières. John Bost note justement : « La diversité des âges, les caractères qui se conviennent nécessitent ce classement en petits dortoirs. Nous ne saurions assez dire combien dans les affections mentales il importe que les malades se

1. R. 1869, p. 23.

comprennent entre elles et que toute contrariété leur soit épargnée » (1). Dans toute la mesure du possible on s'est efforcé de grouper les épileptiques par affinités de caractères, de sympathies. Comme le dit Legrand du Saulle : « Dans l'intérieur d'un établissement spécial, on peut faire cette remarque que les épileptiques s'attirent et que les aliénés se repoussent ». (2) Le petit dortoir paraît donc correspondre pour les épileptiques à une indication psychologique. Il se crée ainsi souvent entre les habitants d'un même dortoir un sentiment de solidarité, voir même une espèce d'esprit de corps ou d'esprit de clan, qu'une Direction expérimentée doit savoir contrôler et utiliser ». « Selon les cas, il est bon d'isoler nos épileptiques, ou de placer ensemble, autant que possible, les malades du même âge et qui se sont liées d'une amitié qui nous inspire toute confiance. Il est des créatures que nous devons isoler les unes des autres » (3).

La nécessité d'une séparation des malades en plusieurs catégories s'est fait sentir dans un autre sens. On ne pouvait garder dans une seule section les épileptiques intelligents et ceux qui étaient pratiquement idiots, gâteux, déments. Et à Eben Hézer notamment on en arriva très tôt à séparer les épileptiques « jouissant de leurs facultés mentales », des épileptiques « incurables ».

1. R. 1869, p. 35.

2. D^r Legrand du Saulle. *Etude médico-légale sur les épileptiques*. Paris, Delahaye, 1877, p. 77.

3. R. 1873, p. 38.

« Celles-ci passent leurs journées sur de petits fauteuils ; on les traite comme de grands enfants ; celles qui peuvent se mouvoir sont accroupies, assises dans un coin de la chambre, ayant leur tête appuyée sur leurs genoux ou cherchent la moindre issue pour s'enfuir. Les cris de ces malheureuses ne ressemblent ni à ceux de l'homme, ni à ceux de la bête. Pour elles, nos soins se bornent à les tenir propres, à calmer leurs crises par des douches. Nous avons renoncé à leur donner des joujoux, des poupées ; à peine entre leurs mains, elles les jetaient à la tête de leurs camarades et les brisaient. Nous avons essayé de les captiver un peu en leur racontant des histoires, mais ici encore nous avons reconnu l'inutilité de nos efforts, et notre rôle se borne à être les simples surveillants de ces êtres, qui seraient malfaisants, si une main exercée ne les retenaient à temps ». (1) C'est pour ces malades indésirables à Eben Hézer ou à Béthel, ainsi que pour les grands idiots gateux dont la place n'était pas à Siloé ou à Bethesda, que John Bost créa de nouvelles maisons : La Miséricorde et la Compassion. Toutefois Eben Hézer a conservé une section dites des « infirmes » ; où sont placées les épileptiques très diminuées physiquement ou psychologiquement, mais dont la déchéance n'est pas encore assez prononcée pour qu'on les transfère à la Miséricorde.

On s'est préoccupé aussi de la question d'âge. Il

1. R. 1873, p. 35.

est apparu malaisé dès l'installation des asiles d'épileptiques de faire coexister dans la même maison les enfants et les adultes. « N'ayant pas fixé d'âge pour l'admission, nous avons recueilli des petites filles de cinq ans et des personnes de trente ans..... Quand notre asile aura pris un plus grand développement, il nous sera plus facile de diviser les salles, de réunir les enfants d'une part et les adultes de l'autre. Ces dernières ont besoin de plus de tranquillité et réclament aussi des soins particuliers ». (1) Ces desiderata se sont partiellement réalisés, mais d'une manière un peu différente. Depuis bon nombre d'années les petites filles ne sont plus à Eben Hézer mais forment une section spéciale dans l'asile de Bethesda. Elles vivent avec d'autres enfants arriérées ou infirmes sans que cette compagnie ait l'air de gêner en quoi que ce soit les unes et les autres. De même à une époque plus récente les garçons épileptiques furent envoyés à l'Espérance, où il existe d'ailleurs des sections distinctes. Mais le voisinage des arriérés et des épileptiques jeunes ne paraît pas présenter actuellement d'inconvénients. On n'a donc gardé à Eben Hézer comme à Bethel que des jeunes gens ou jeunes filles et des adultes. Encore a-t-on fait effort pour les placer dans des dortoirs différents.

Il était inévitable que parmi les épileptiques véritablement tels, se rencontrent des malades présentant des crises épileptiformes, ou des formes d'épilepsie

1. R. 1864, p. 80.

larvée, ou des troubles plus ou moins hystérisformes. Les certificats médicaux qui concluaient au placement d'un malade à Eben Hézer par exemple n'étaient pas toujours très explicites. Et il est arrivé au cours des années qu'un bon nombre d'hystériques, ou de nerveuses de toutes sortes ont été reçues dans cet asile. Il ne semble pas que ces différentes catégories de malades aient souffert d'être ainsi dans le même bâtiment, étant donné la souplesse de la discipline et l'individualisation de la thérapeutique. En particulier on n'a pas remarqué que les hystériques aient tendance à présenter de manifestations pithiatiques spéciales du fait de leur séjour à Eben Hézer. Et d'autre part il faut bien tenir compte chez certains malades de l'association de symptômes de la série comitiale et de la série pithiatique.

Certaines réflexions de John Bost, dans les premiers temps, paraissent montrer qu'il craignait comme une sorte de contagion de l'épilepsie. « La peur, d'après les statistiques, détermine les deux tiers ou même les trois quarts des épilepsies »... Placer dans Eben Hézer une malade qui peut être guérie, ce serait l'exposer à devenir épileptique » (1). L'expérience n'a pas confirmé cette manière de voir ; et par ailleurs les notions que nous avons actuellement sur l'étiologie de l'épilepsie ne concordent pas avec les inquiétudes du fondateur.

Par contre celui-ci a répondu à maintes reprises à

1. R. 1864, p. 79.

la question : le contact des épileptiques entre eux est-il nuisible ? Très nettement il affirme le contraire en constatant l'amélioration sensible de certains épileptiques qui auparavant n'avaient jamais été en rapport avec d'autres personnes atteintes de la même maladie. Le séjour à Eben Hézer ou à Bethel n'a eu aucune influence fâcheuse. « Nous sommes arrivés à la certitude, basée sur huit ans d'expérience, qu'il n'y a aucun danger, aucun inconvénient quelconque à placer les épileptiques ensemble ». (1) Il faut ajouter cette restriction qu'il faut isoler des autres pensionnaires, de peur de les fatiguer et de les énerver, les malades en période d'aliénation, qui par leurs cris, leur bruit, leur agitation maniaque troubleraient la paix de l'asile.

Il était naturel, bien que l'épilepsie apparut à l'époque comme une maladie incurable, qu'on fit un effort pour traiter les épileptiques recueillis aux asiles de la Force. Sur les premiers traitements faits nous n'avons pas beaucoup de détails. Il n'y avait pas primitivement de médecin exclusivement consacré aux asiles. Le service médical était assuré par le médecin du village et un médecin consultant de Bergerac. Mais nous avons tout lieu de croire qu'un effort thérapeutique a été fait. John Bost affirme à plusieurs reprises son désir de faire tout ce qui est humainement possible pour le soulagement sinon la guérison de ses malades. Il ne s'est pas contenté « de les

1. R. 1869, p. 25-26.

consoler et de les préparer à bien mourir ». Il écrit en 1864 : « Nous prendrons connaissance des recettes bizarres et excentriques qui nous arrivent du nord de l'Allemagne, de l'Irlande et qui nous promettent des guérisons sûres et inespérées ; mais nous n'en userons qu'avec l'approbation des docteurs attachés à nos asiles. Tel remède peut renfermer une substance si active qu'elle détruira la maladie, nous le croyons, mais en abrégeant les jours du malade, ou en amenant des infirmités pires que le mal. Au point de vue médical, aucun sacrifice ne sera épargné. Et nous nous estimerons heureux, lorsque nous pourrons obtenir que les crises deviennent moins intenses et plus éloignées ». (1) Il est possible qu'un certain découragement ait succédé à bon nombre d'efforts infructueux. Ou du moins les améliorations obtenues paraissaient dues aussi bien au calme de l'asile, à la psychothérapie religieuse, aux bains et douches systématiquement donnés, au régime alimentaire, qu'aux remèdes eux-mêmes. « A quoi attribuer ces guérisons, si guérison il y a ? Est-ce à la médecine, à quelque remède particulier ? Non. — Depuis assez longtemps nous avons renoncé aux médications spéciales ; elles n'apportaient aucune réforme dans la triste position de nos chères malades » (2). Cependant quand le bromure de potassium fut signalé comme ayant une action efficace sur l'épilepsie, on se mit à l'employer. « Nous avons commencé et nous continuerons le trai-

1. R. 1864, p. 78.

2. R. 1869, p. 13.

tement par le bromure de potassium » (1). Mais ce n'est guère qu'en 1884, quand un médecin spécial pour les asiles fut nommé, qu'on expérimenta méthodiquement les bromures. Nous discuterons ultérieurement les statistiques fournies à ce moment. Il faut retenir pour l'instant quelques uns des moyens employés pour améliorer moralement et physiquement le sort des épileptiques.

D'abord mettre les malades dans une atmosphère de calme et de sérénité. Les asiles sont à la campagne, au milieu de jardins de fleurs et de légumes, dans le climat relativement sédatif du sud-ouest. L'étendue des bâtiments, la discipline ferme et bien adaptée, l'isolement des agités, le sang-froid et la sympathie affectueuse du personnel, contribuent à la paix de la maison. Il vaut la peine de noter au passage ces qualités réclamées du personnel. Le directeur ou la directrice de l'asile, les surveillants ou surveillantes doivent avoir une sorte de courage tranquille, de force morale, qui leur permet de supporter avec patience, persévérance et résistance, les plus rudes épreuves : accès de violence, troubles du caractère, soins matériels et de propreté les plus élémentaires. De la qualité du personnel dépend la bonne marche de l'établissement. « Il nous a fallu beaucoup de temps pour trouver un personnel complet, car pour diriger de telles enfants et vivre avec elles il faut plus que du dévouement. Les cœurs les mieux disposés à

1. R. 1871, p. 24.

se consacrer au soulagement de l'humanité, ont parfois une sensibilité tellement développée, qu'ils échouent malgré leurs efforts et se voient obligés de renoncer à accomplir l'œuvre commencée. Les forces physiques, l'énergie morale, l'absence de nerfs, si je puis parler ainsi, sont des conditions indispensables pour vivre avec des créatures atteintes de l'épilepsie... » (1).

Il est certain que John Bost comptait aussi beaucoup pour ses malades sur l'influence de la vie religieuse. Il estimait que la religion est non seulement une source de consolation mais encore une puissance de transformation. Et dans tous les asiles qu'il a fondés il a fait une part à la pratique religieuse. Les cultes quotidiens comportant lectures de la bible, prières, méditation, chants, sont certainement d'un effet utile à l'entretien de la piété comme au réconfort moral des pensionnaires. En outre on s'était beaucoup préoccupé de permettre aux épileptiques d'assister au culte public. Dans le temple qu'il fit construire pour les asiles, John Bost disposa deux sortes de loges ou de chapelles latérales. Les épileptiques de Béthel ou d'Eben Hézer entrent par une petite porte de côté. Ils peuvent voir et entendre le prédicateur et participer pleinement au service. Si une crise se produit, un rideau épais se déroule immédiatement et sépare ainsi la loge du reste du temple. Une fois la crise terminée ou le malade emporté, le rideau est relevé. Il y avait

1. R. 1869, p. 12.

autrefois des espèces de grilles en fonte qui séparaient les loges de la nef. Elles ont été enlevées à une date assez récente, car, à l'usage, on a reconnu qu'elles étaient inutiles... En dehors des manifestations religieuses collectives, on peut dire qu'il existe un « esprit » des asiles, dû à une commune volonté d'obéissance aux préceptes évangéliques, et qui est un facteur important du dévouement du personnel et de la bonne volonté des pensionnaires.

Au point de vue thérapeutique John Bost comptait aussi sur d'autres éléments, notamment sur les bains et les douches. L'hydrothérapie avait été très bien comprise. « Nous continuons l'application des douches et des bains chez tous nos malades. Les bains calment le sang et rafraichissent tout le système nerveux. Les douches froides sur la tête sont un puissant révulsif qui nous a fréquemment réussi quand la prédisposition aux crises amenait le sang au cerveau et déterminait des accès de folie » (1). Il y a quelques années les installations de douches d'Eben Hézer ont été refaites avec une série très perfectionnée de jets pour la tête, pour les épaules, pour le siège, etc. Dans la pratique ces perfectionnements n'apparaissent pas comme une nécessité.

Un autre facteur du traitement des épileptiques était le régime alimentaire. L'idée en elle-même était juste. Et l'on sait les recherches qui ont été faites dans divers pays, notamment sur les régimes céto-

1. R. 1871, p. 25.

gènes. John Bost a procédé sans doute empiriquement, mais non sans discernement. « Nous étudions le tempérament de la malade pour la soumettre au régime qui convient à sa constitution » (1). C'est ainsi qu'il écrit : « L'une était anéantie sous le poids de ses souffrances ; le sang avait presque disparu ; il fallait donc le refaire et donner à la malade une nourriture substantielle, mais jamais irritante ni échauffante. Une autre ayant reçu dans sa famille les soins les plus dévoués, mais pas toujours intelligents, nous arrivait forte, avec un sang trop riche ; il fallait pour elle des calmants, presque la privation de viande et de vin » (2). Le régime d'Eben Hézer comportait essentiellement, des légumes, du lait, des fruits, des pâtes et de la viande en quantité suffisante.

Enfin un des soucis du fondateur des Asiles a été de ne pas laisser les pensionnaires désœuvrés, inutiles traînant leur paresse et leur misère dans les cours ou les salles de jeux. Il a cherché à développer les sentiments d'utilité, de responsabilité, de liberté en donnant autant que possible à chacun un travail conforme à ses aptitudes. « La principale difficulté que nous rencontrons est celle de la paresse de nos garçons. Le travail leur est antipathique... Mais notre conviction lentement formée est que le travail est dans une foule de cas le remède le plus salutaire pour refaire des constitutions détruites. Une nourriture saine, l'eau, le grand air, la vie des champs, le

1. R. 1877, p. 24.

2. R. 1869, p. 13.

soleil, un peu de mouvement pouvant provoquer la transpiration, la bêche, la brouette, tout cela fouette le sang et le met en circulation... L'inaction détruit le moral et ruine le corps... » (1).

A Eben Hézer les pensionnaires ont été surtout occupées aux soins du ménage ou des malades, à la couture, au tricotage, à la lessive, au jardinage. On confectionne des robes, de la lingerie, des ouvrages d'agrément. La description de l'ouvrier est assez vivante : « A les voir pour la plupart on ne se croirait pas entouré de jeunes filles affectées de cette affreuse maladie. Elles sont calmes, silencieuses... Une lecture à haute voix, des chants, égayent nos malades qui, pour un temps oublient leurs tristesses, leurs douleurs. Elles sont assises, en faces les unes des autres ; le passage du milieu est libre, occupé seulement par les deux gardes-malades qui ne les perdent jamais de vue, et les reçoivent dans leur bras au moment de leurs crises. Elles s'assistent mutuellement... A l'angle de la chambre se trouve un lit de repos bien matelassé, sur lequel elles sont placées dès que la crise est passée et jusqu'à leur réveil » (2). Il semblerait à première vue que les catégories de travaux ne soient pas très variées. En réalité aucune pensionnaire, ayant une possibilité de travail quelconque n'est laissée inutilisée. Et on doit se rendre compte qu'à cause de leurs crises on ne peut leur faire faire des travaux ou trop

1. R. 1868, p. 24.

2. R. 1878, p. 39.

difficiles ou nécessitant le maniement d'instruments dangereux.

A Béthel l'occupation principale des pensionnaires est la culture des jardins. L'exercice en plein air leur fait du bien physiquement. Moralement ils éprouvent un certain contentement à constater le résultat de leur effort. Les légumes ou les fleurs qu'ils ont plantés ou qu'ils entretiennent leur procurent la fierté de produire, d'obtenir quelque chose de vivant et d'utilisable. Cependant il faut beaucoup de patience aux surveillants pour obtenir un travail quelque peu assidu et intelligemment conduit. Ce ne sont pas toujours les plus développés qui travaillent le mieux. John Bost s'en plaignait déjà dans son rapport de 1864 : « Nous avons admis des jeunes gens intelligents, qui refusent de se soumettre aux règles de la maison. Paresseux, indolents, habitués aux douceurs de la vie, ils répugnent à tout travail (1). » En dehors des travaux agricoles beaucoup de pensionnaires de Béthel font de la vannerie : paniers, tabourets, chaises-longues, corbeilles de tous modèles. D'autres ont trouvé l'emploi de leur activité dans l'atelier de broserie où se confectionnent des brosses et des balais de tous genres. Un petit nombre peut travailler à la menuiserie, la serrurerie, à la couture, à la cordonnerie. D'une manière générale les pensionnaires font une bonne partie de l'entretien de la maison. Cette ergothérapie avant la lettre a donné d'excellents résultats pour le développement des capacités des malades, pour leur adap-

1. R., 1864, p. 93.

tation au milieu collectif des Asiles, et pour les relever à leurs propres yeux en leur donnant un certain sentiment d'utilité générale.

Il y aurait sans doute d'autres indications à donner sur les essais médico-pédagogiques de John Bost. On sait qu'il a fait une tentative de rééducation des idiots par la musique. De même en ce qui concerne plus particulièrement les épileptiques, il écouta les conseils de certains médecins et essaya à Eben Hézer pour les épileptiques, des exercices de gymnastique. Il ne semble pas que les résultats obtenus aient encouragé à poursuivre très longtemps ces efforts.

Cependant on peut dire qu'à la mort de John Bost en 1881 une œuvre fort intéressante pour l'époque avait été organisée et développée. Avec les successeurs Ernest Rayroux, Bott-Rayroux, Alfred Casalis, diverses améliorations de détail ont été faites mais les principes généraux sont restés les mêmes. Par contre les divers médecins des asiles ont poursuivi la thérapeutique de l'épilepsie avec les moyens mis à leur portée par les progrès des recherches médicales. Ainsi à la suite d'un long rapport du Dr Eugène Monod en 1883, qui faisait état des résultats obtenus par Legrand du Saulle à la Salpêtrière avec le bromure de potassium, le Dr Rolland qui fut nommé spécialement pour les établissements de la Force, employa systématiquement les bromures. Le Dr Morin qui le remplaça en 1896 fit quelques autres essais notamment avec des touraillons (1). Bon nombre d'années plus tard sur le

1. Germes d'orge séchés à l'étuve. R., 1897, p. 72.

conseil du D^r Planteau, le D^r F. de La Chapelle inaugura l'emploi du gardénal et des autres barbituriques.

Nous nous proposons maintenant d'examiner les diverses statistiques des Asiles de La Force portant sur les épileptiques et leurs traitements.

CHAPITRE II

Statistiques.

(Résultats comparés des divers traitements
utilisés aux Asiles John Bost de 1884 à 1940).

La venue du Dr Rolland comme médecin spécialisé pour les Asiles John Bost a déterminé un certain nombre d'améliorations dans le service des épileptiques. Le registre des crises qui existait à Béthel a été continué, et un registre semblable institué à Eben-Hézer. Il semble aussi que chaque malade était inscrit sur une sorte de registre à lui personnel où l'on notait les prescriptions médicales le concernant, ainsi que les observations faites sur l'évolution de sa maladie. Ce carnet de santé répondait, croyons-nous, à une idée juste. Il a été remplacé plus tard par des fiches individuelles.

Les traitements essayés en 1884 ont été de deux ordres : traitement au bromure de camphre jusqu'à la dose de 1 gr. 20 par jour, pour 15 malades ayant surtout des vertiges. Le résultat a été médiocre, car les accès n'ont guère diminué. Par contre 22 malades de Béthel et 28 d'Eben-Hézer traités aux polybromures ont été généralement améliorés.

Voici la posologie de ce traitement bromuré. La solution

Bromure de potassium	} aa 25 gr.
— de sodium	
— d'ammonium	
Teinture de digitale	16 gr.
Eau	2 gr.
	1000 gr.

était donnée à doses fractionnées : une cuillerée à bouche tous les jours matin et soir avant le repas, la première semaine ; deux la deuxième ; et ainsi de suite jusqu'à six cuillerées prises alors en trois fois. Si l'on n'observe ni phénomènes de bromisme, ni dépression de forces on continue une ou deux semaines, puis on diminue chaque semaine ou tous les quinze jours d'une cuillerée. On maintient pendant assez longtemps quatre cuillerées. Et l'on diminue ensuite ou l'on augmente la dose suivant les effets produits.

En outre, selon la recommandation de Brown-Séquard, si l'action des bromures paraît s'affaiblir, on donne en même temps matin et soir, une pilule avec :

Oxyde de zinc	0 gr. 10
Poudre de gentiane.	} aa 0 gr. 03
— de quassia	
Extrait de chanvre indien	0 gr. 02

Ajoutons à ce traitement, l'emploi fréquent des purgatifs salins et l'hydrothérapie par douches froides tous les jours ou tous les deux jours pendant une minute. Avant de commencer on a eu soin de peser exactement les malades pour voir s'il y a amaigrisse-

ment ou augmentation de poids (R. 1884, p. 66-67).

Les premiers résultats de cette distribution systématique de bromure peuvent s'exprimer pour l'asile de Béthel dans le tableau suivant qui porte sur les cinq premiers mois des années 1883, 1884, 1885 et 1886. On notera que le traitement bromuré n'a réellement commencé qu'en 1884. L'année 1883 sert donc de point de comparaison.

Crises notées du 1^{er} janvier au 31 mai.

Malades	1883	1884	1885	1886
1 ^o	112	10	79	26
2 ^o	94	75	153	156
3 ^o	128	49	43	57
4 ^o	91	102	20	14
5 ^o	87	89	82	64
6 ^o	66	32	10	1
7 ^o	48	37	29	17
8 ^o	45	40	21	3
9 ^o	55	36	30	22
10 ^o (non traité par bromure).....	40	46	44	38
11 ^o	34	28	28	57
12 ^o	31	17	19	15
13 ^o	—	49	58	55
14 ^o	31	18	22	15
15 ^o	24	28	34	2
16 ^o	30	27	18	6
17 ^o	23	20	17	a quitté l'asile
18 ^o	19	18	30	1
19 ^o	17	10	7	12
20 ^o	9	6	2	0
21 ^o	—	19	27	20
22 ^o	14	6	3	—
23 ^o	10	10	12	—
24 ^o	10	2	a quitté l'asile	
25 ^o	13	4	1	0
26 ^o	6	3	1	2
Totaux.....	1037	781	790	583

Il résulte de ces chiffres qu'entre 1883 et 1884 le nombre des crises a diminué d'environ 20 % et en 1886 d'environ 40 %. Nous ne pensons pas qu'on doive serrer de plus près ces données statistiques ; car il nous manque certains éléments d'appréciation. Cependant on dirait que pendant la seconde année du traitement l'efficacité a été un peu moindre comme si certains organismes s'étaient en quelque sorte accoutumés au bromure. D'autre part, le nombre des crises est assez différent si l'on examine un malade traité régulièrement de la même manière pendant une longue période. On peut avoir des variations très importantes en plus ou en moins, au cours des diverses années.

De toutes manières, le traitement aux bromures a fait décroître dans la plupart des cas le nombre des crises. Et ce n'est pas là un résultat médiocre quand on sait combien la fréquence des crises a tendance à abrutir les malades et à amener un déclin progressif de leurs facultés intellectuelles et de leurs capacités pratiques. Toutefois le Dr Rolland remarque, non sans raison, que les épileptiques qu'on amène à La Force sont dans un état relativement plus grave et rebelle que les épileptiques soignés en clientèle. Il voit là une des causes de l'action relativement limitée des bromures.

Si l'on consulte les rapports des années suivantes il semble que l'enthousiasme du début quant à l'efficacité du bromure se calme un peu. Est-on devenu plus sensible aux cas relativement peu améliorés ?

A-t-on mieux remarqué les inconvénients d'un traitement prolongé et à hautes doses de bromure ? C'est probable. Toujours est-il qu'en 1888 le D^r Rolland écrit :

« Et vos épileptiques, les guérissez-vous, me demandera-t-on ? Nous n'avons pas cette prétention ; nous nous estimons très heureux lorsque nous pouvons arriver à diminuer le nombre et l'intensité de leurs accès. Cette diminution, que j'ai déjà signalée, continue à se maintenir chez un certain nombre de nos malades, grâce à un traitement régulier et régulièrement suivi. Nous avons plusieurs de nos épileptiques qui n'ont plus que 5 ou 6 crises par an, alors qu'ils en avaient 3 ou 4 par mois. Plusieurs même, et de ceux qui en avaient le plus, n'en ont pas depuis près de deux ans, ce qui ne s'était jamais produit chez eux » (*R.* 1888, p. 70-71).

Il est probable cependant que le traitement systématique aux bromures présentait de sérieux ennuis si l'on en juge par des déclarations comme celle-ci du D^r F... de La Chapelle en 1928 : « Ne vous représentez plus ces malades comme des incurables, dont l'intelligence est amoindrie et déprimée. Le gardénal a changé ce tableau dressé par le bromure » (*Notre Prochain*, juin-septembre 1928, p. 46).

Par comparaison avec la statistique de 1884 après l'essai des bromures il convient de produire les observations plus récentes du D^r de La Chapelle, qui crut avoir trouvé avec le gardénal un remède remarquablement efficace contre l'épilepsie. Nous résumerons ces observations en une sorte de tableau statistique :

Traitement au gardénal à Eben-Hézer 1928.

des	Traitement	Dates	Résultats
o	Gardénal 0 gr. 10	{ septembre 1925.....	6 crises.
		{ octobre 1925.....	5 crises.
	0 gr. 15	de déc. 1925 à sept. 1928.	Rien.
{	Bromure.....		Nombreuses crises et malaises.
{	Gardénal.....	de mai 1924 à sept. 1928.	1 crise et quelques malaises.
o	Gardénal.....		Crises peu diminuées mais état mental meilleur.
o	Gardénal 0 gr. 10	mars 1924.....	1 crise, nombreux malaises.
o	Gardénal 0 gr. 20	juillet 1925.....	Pas de crise, rares malaises.
{	Bromure.....		2 crises par mois et nombreux malaises.
{	Gardénal.....		Pas de crise. Rares malaises.
o	Bromure.....		33 crises par an et gâtisme.
/	Gardénal.....		19 crises ; plus de gâtisme.
o	Gardénal.....		Moins agitée et moins fatiguée par ses crises.
{	Bromure.....		1 crise par mois.
{	Gardénal.....		Plus de crises.
{	Non traitée.....		Autrefois crises ou malaises presque journaliers.
o	Gardénal.....		2 ou 3 crises par an.
o	Non traitée.....	octobre 1923.....	416 crises.
o	Gardénal 0 gr. 20	septembre 1928.....	Ni crise ni malaise.
o	Gardénal.....		Amélioration de l'état mental.
o	Non traitée.....	janvier à mai 1924.....	17 crises.
o	Gardénal 0 gr. 20	septembre 1928.....	Plus de crises.
o	Bromure.....		3 à 4 crises par mois.
o	Gardénal.....	1928.....	Quelques malaises seulement.
o	Non traitée.....	Janvier 1924.....	370 crises.
o	Gardénal 0 gr. 30		Plus de crises.
o	Bromure.....	Jusqu'en décembre 1925.	Crises nombreuses.
o	Gardénal.....	1927-1928.....	4 crises.
o	Gardénal.....	1926.....	Plus de malaises ni de crises.
o	Gardénal.....		Maux de tête et état de stupeur considérablement améliorés.
{	Non traitée.....		Nombreuses crises.
o	Gardénal.....	1926.....	1 crise.
		1928.....	Rien.
{	Non traitée.....	1927.....	1 criser
{	Gardénal.....	1928.....	Rien.
o	Gardénal.....		Plus de crises.
{	Non traitée.....	1926.....	Cinq crises.
{	Gardénal.....	1928.....	Plus de crises.
o	Gardénal.....		Plus de crises.
o	Bromure.....	1927.....	11 crises.
o	Gardénal.....	1928.....	Plus de crises.

Il est hors de doute qu'une pareille statistique est particulièrement encourageante. Et l'on comprend que le Dr de La Chapelle ait pu écrire en 1929 dans son rapport au Congrès international de psychologie appliquée : « Les pensionnaires ne sont plus affaiblis, tristes, comme autrefois, lorsque le bromure, pris à haute dose, engourdissait leurs facultés mentales et terrassait leur corps. Quelques crises néanmoins, mais combien différentes en nombre et en intensité. Si Pinel a brisé les chaînes des aliénés martyrs, le gardénal a affranchi le cerveau des épileptiques, et dans leurs quartiers, grâce à l'amélioration psychique obtenue, la camisole de force est devenue inutile. » (*Notre Prochain*, juin-septembre 1929, p. 51).

Dans son rapport médical de 1933 le Dr de La Chapelle fournit une statistique des malades d'Eben-Hézer encore plus réconfortante (*Notre Prochain*, juin 1933, p. 23).

Malades	Années 1931-1932	Années 1932-1933
F.....	3 crises	1 crise
Al.....	14 —	10 —
Av.....	12 —	0 —
Ber....	0 —	0 —
Bad....	0 —	0 —
Bar....	0 —	1 —
Bon....	0 — En avait beaucoup avant	0 —
Brun...	3 —	0 —
Bois...	0 —	0 —
Brun...	0 — Les crises autrefois étaient incalculables.	0 —
Ber....	0 —	4 — dues à des contrariétés.
Brons..	0 —	0 —
Bonf...	0 —	0 —
Bret...	0 —	0 —

Malades	Années 1931-1932	Années 1932-1933
Coub...	35 — Ne veut pas de médicaments.	27 —
Comb...	0 —	0 —
Chen...	1 — Beaucoup autrefois	0 —
Dom...	7 —	4 —
Dum...	0 —	0 —
Gar....	0 —	0 —
Def....	0 —	0 —
Aug ...	1 —	1 —
Imb....	0 —	0 —
Jul	0 —	0 —
Kl.	0 — Beaucoup autrefois	2 —
Laf....	0 —	0 —
Lam...	0 — Beaucoup autrefois	0 —
Bl. L ..	0 —	0 —
Marie L.	0 —	0 —
Lop....	0 —	0 —
Mar....	0 — Etaient incalculables autrefois.	0 —
Ern....	0 —	0 —
P.....	0 —	0 —
Per....	1 —	0 —
Pig....	{ A moins de crises, 71 au lieu de 92 mais idiot, est difficile à soigner. Avale tout ce qui lui tombe sous la main.	
Tunis..	3 —	0 crise
Rein...	0 —	0 —
Rob ...	0 — Autrefois crises incalculables.	0 —
Rog....	{ Idiotie-gâteuse quand elle était au bromure, ne l'est plus depuis qu'elle prend du gardénal.	
W	{ 29 crises (cette dernière a été très nerveuse ce qui a provoqué des crises supplémentaires)	
		32 crises

Et le Dr de la Chapelle ajoute : « Ce tableau permet de se rendre compte des soins donnés aux malades dans cet Asile. Alors qu'autrefois Eben-Héser épouvantait le visiteur, il y trouve actuellement un équilibre mental qui l'étonne et le rassure ».

Tout ceci est parfaitement exact. Mais nous avons eu la curiosité de reprendre les statistiques de ces toutes dernières années pour voir si les améliorations annoncées s'étaient maintenues. Il nous a été possible d'identifier quelques-unes des malades citées par le D^r de la Chapelle. La plupart des malades reconnues par nous, qui n'avaient plus de crises, n'en ont plus eu depuis ; quelques-unes en ont eu, suivant les années, 1 à 4. Les résultats sont donc dans l'ensemble excellents.

Mais ce qui mérite d'être relevé aussi, ce sont les échecs thérapeutiques avec le gardénal. Certains malades ne paraissent pas réagir même à des doses de gardénal variant de 0 gr. 30 à 0 gr. 50. Ils continuent à avoir un grand nombre de crises. Ainsi malgré 5 comprimés de gardénal à 0 gr. 10 chaque jour, deux malades d'Eben-Héser font encore annuellement de 15 à 40 crises.

Aussi bien le médecin actuel des Asiles John Bost a-t-il essayé d'autres médications, notamment quelques associations de gardénal avec l'hyosciamine, la strychnine, etc. Certains produits commercialisés tels que l'Alepsal, l'Aparoxal, le Sédoneurol, le Sed'Hormone, la Borosodine, le Rutonal, etc., ont été employés avec des résultats qui n'ont pas été tels qu'on ait pu conclure à la possibilité d'un remplacement systématique du gardénal. On aurait voulu essayer ces derniers mois le diphenyl hydantoinate de soude ou Epanutin sur lequel Pagniez a publié un intéressant article dans la *Presse Médicale*. Malheureusement

les difficultés des échanges commerciaux, en temps de guerre, ont empêché de s'en procurer. Nous en sommes donc réduits encore à conclure par ces paroles liminaires de Pagniez : « Malgré les progrès remarquables accomplis dans le traitement de l'épilepsie depuis vingt-cinq ans, on rencontre encore trop souvent de malheureux comitiaux chez qui les crises ne sont supprimées ni par les bromures ou les borotartrates, ni par les divers barbituriques, ni même par les régimes d'exception comme le régime cétogène ou la déshydratation » (1).

Cependant on doit constater aussi à l'actif du traitement par le gardénal la diminution des décès d'épileptiques en état de mal. En 1887 et 1888, avec le traitement au bromure, la statistique portait 5 décès en état de mal épileptique ou par mort subite, 4 en 1892, 3 en 1893 et 5 en 1894. Actuellement on n'en compte pas un par an.

Par contre, si les crises proprement dites ont été très diminuées par le traitement au gardénal, on note encore un très grand nombre de malaises. On a pris l'habitude aux Asiles John Bost d'appeler « malaises » des manifestations assez diverses selon les malades. D'une part, quelques éléments anciens du personnel, qui ont connu comme les plus fréquents les états de haut mal avec toute leur violence, se refusent à donner le même nom de crises, à ces états durant une fraction de minute, parfois non accom-

1. *Presse Médicale*, 13-16 mars 1940.

pagnés de pertes des urines, et suivis d'un minimum de torpeur. D'autre part, on voit souvent des crises avortées sans perte de connaissance ; ou bien il s'agit d'absences, de mouvements spasmodiques, de chutes inopinées. Ces faits répondent en grande partie à ceux que l'on a décrit dans l'épilepsie cataleptique et dont Marchand et Ajuriaguerra ont fourni dans un récent article un certain nombre d'observations. Selon ces auteurs, les accidents épileptiques cataleptiques, seraient dus « à une suspension d'activité, à un arrêt fonctionnel intéressant les régions corticales renfermant les systèmes moteurs volontaires, suspension d'activité trop faible pour libérer les centres moteurs sous-jacents et entraîner des convulsions » (1).

Nous avons tout lieu de penser que ces malaises sont des sortes d' « équivalents » des crises que l'influence du gardénal ou tout autre processus physiologique atténue et transforme dans leurs manifestations et dans leur durée. Quoiqu'il en soit, le tableau ci-dessous donnera une idée du nombre considérable de ces malaises :

1. L. Marchand et J. Ajuriaguerra. L'épilepsie cataleptique. Des accidents épileptiques avec perte du tonus musculaire. *Annales Médico-psychologiques*, mai 1940, p. 422.

Statistique du 1^{er} avril 1939 au 31 mars 1940.

Malades	Traitement ordinaire	Crises	Malaises	Observations
Av....	Gardénal 0 gr. 05 et bromure 2 gr.	1	114	
Bad....	idem	0	171	
Bour...	Gardénal 0 gr. 20 Alepsal 0 gr. 30	22	148	Transférée en oct. 1939 à la Miséricorde
Brun...	— 0 gr. 20	0	29	
Br....	— 0 gr. 20	2	93	
Bur....	— 0 gr. 10 Alepsal 0 gr. 10	10	109	
Car....	Bromure, sirop de morphine	32	30	
Comb..	Gardénal 0 gr. 10	0	5	
Cher...	0 gr. 20	1	1	
Frém..	0 gr. 20	0	0	
Georg..	0 gr. 20	0	16	
Go.....	0 gr. 20	4	27	
Gel....	0 gr. 15	1	37	
Gi.....	0 gr. 10 Aparoxal Ic.	0	0	
Hu....	0 gr. 45	1	41	
Kl.....	0 gr. 20	3	42	
Laf....	0 gr. 30	0	34	
Lam....	0 gr. 20	0	6	
Laur...	0 gr. 20	1	0	
Nic....	0 gr. 30	0	23	
Per....	0 gr. 10 Alepsal 0 gr. 20	0	84	
Peil....	0 gr. 15	11	8	
Quin...	0 gr. 25	1	0	
Rein...	0 gr. 25	0	0	
Roul...	0 gr. 20	1	85	
Sieg...	Néant	124	292	Ne veut prendre aucun médicament.
Tey....	Gardénal 0 gr. 20	33	0	
Tho...	0 gr. 10	5	10	
Bret...	0 gr. 15	0	3	

Il y a lieu de remarquer qu'un bon nombre d'épileptiques qui n'ont plus de crises depuis plusieurs années ne sont pas portées sur cette liste. D'autre part si l'on veut faire des comparaisons avec les statistiques anciennes on prendra garde à ce fait que les « malaises » n'étaient pas notés. Cependant on peut

constater que plusieurs épileptiques qui n'ont pas de médicament comme Sieg. ou qui ne prennent pas de gardénal comme Car. ont de multiples malaises.

La persistance de ces malaises est une des causes qui expliquent pourquoi, malgré la suppression des crises convulsives par un traitement gardénalique, la majorité des épileptiques soignés dans l'établissement ont été dans l'obligation de continuer à y séjourner.

D'ailleurs, même après disparition complète de toute crise et de tout malaise pendant plusieurs années, beaucoup de pensionnaires ne peuvent être placés au dehors pour gagner leur vie, ou être rendus à leurs familles. Un certain nombre d'expériences ont été faites, et il est intéressant d'en rechercher les résultats, — dont certains furent franchement défavorables — en déterminant les diverses causes de ces échecs.

Plusieurs épileptiques repris par leurs familles, et se trouvant dans des conditions différentes de celles de l'asile, avec la possibilité de négliger leur traitement, sont morts.

D'autres ont eu des crises qui ont incité à les ramener à l'établissement.

D'autres, par suite de la diminution de leurs facultés mentales, de leurs infirmités, ou de leur inaptitude à un travail régulier et suivi, n'ont pu faire l'objet d'un placement normal dans un emploi.

Enfin, il faut dire aussi que le traitement au Gardénal, qui supprime les crises dans beaucoup de cas, ne modifie pas sensiblement le caractère des épilep-

tiques. Et un certain degré de nervosité, d'irritabilité ou de lenteur de l'idéation et des actes, ou de tendance à la revendication, ou d'obséquiosité, ou de tendance à une sentimentalité ou une religiosité morbides, ne facilite pas une utilisation stable dans la vie sociale actuelle et dans un cadre professionnel. Cependant certains malades, très améliorés, ont pu sortir de l'asile, en placement d'essai ou définitif, avec l'approbation du service médical.

Ce sont ces diverses considérations que nous allons développer dans le chapitre suivant, en présentant quelques observations d'épileptiques traités aux Asiles John Bost.

CHAPITRE III

Observations de malades.

Il est évident qu'il serait d'un assez médiocre intérêt de présenter les observations de tous les épileptiques hospitalisés aux Asiles John Bost. La difficulté est de faire un choix. Il nous a paru intéressant de présenter quelques malades, d'une part suivant quelques formules psychiques, d'autre part suivant leurs aptitudes à un travail. Puisqu'il s'agit d'épileptiques recueillis dans un établissement, vivant en commun, surveillés et non enfermés, on peut voir pourquoi et comment ces malades s'adaptent ou non à leur existence, quel est leur caractère et le trait essentiel de leur mentalité.

Une catégorie importante d'épileptiques est représentée par des oligophrènes. Nous exceptons les nombreux idiots épileptiques. Mais en dehors de ceux-ci, on reste frappé de la mentalité puérile, de la débilité mentale constitutionnelle (et non point régression psychique plus ou moins tardive, par suite des crises et des progrès du processus épileptique). Car nous voyons des enfants envoyés pour arriération mentale

et épilepsie, et dont le traitement et la rééducation suppriment les crises et amènent un certain développement psychique. Ainsi :

Lab..., 21 ans, entré à l'âge de 11 ans, pour arriération mentale et malaises comitiaux. Traité au Gardénal, Sirop de Gibert, etc... Grosse amélioration physique et psychique. Actuellement, travaille aussi bien qu'un domestique de ferme ; laboure, herse, s'occupe des vaches et des moutons. Fait convenablement de la menuiserie. Mentalité d'un enfant de 12 ans. Plus de malaises.

Lec..., 15 ans, est entré à 11 ans pour épilepsie et arriération. La « viscosité mentale » signalée et les colères violentes se sont beaucoup améliorées. N'a plus eu de crises depuis 1936 (gardénal 0 g. 20. Hectine. Opacalcium, etc...). Travaille régulièrement avec le charpentier et le menuisier, aussi bien qu'un bon apprenti. Mentalité de 15 ans environ.

Ho..., 19 ans, entré à 14 ans, pour retard intellectuel et crises épileptiformes. N'a plus eu de crises depuis 1936 (gardénal. Sirop de Gibert). Garçon tranquille, sage, ayant un peu de difficulté de la parole. A fait un apprentissage de boulanger et donné satisfaction. Repris par ses parents en juillet 1939 et placé chez un boulanger. A eu une crise depuis. Mentalité de 10 ans environ.

Peil..., 15 ans, entrée à 13 ans pour épilepsie (gardénal 0 g. 15. Deux crises et huit malaises en 1939-1940). Mère autrefois épileptique. Intelligence subnormale, environ 12 ans. Puérilisme. A fait une fugue de type scolaire, en 1939, avec deux camarades ; fugue préparée et exécutée d'une manière enfantine.

Nous ne pensons pas qu'il faille attribuer cette oligophrénie au traitement gardénalique. Elle n'apparaît pas comme un abrutissement, mais comme une insuffisance psychique, en quantité et en qualité. Alors que très souvent les hystériques et les encéphalitiques donnent une impression de finesse, d'astuce, d'acuité intellectuelle, les épileptiques ne semblent pas bénéficier, du fait de leur maladie, d'un surcroît, d'activité physique et psychique. Il n'y a là rien d'étonnant étant donné ce que l'on sait ou soupçonne quant à l'étiologie générale de l'épilepsie commune. (Traumatismes obstétricaux, traumatismes craniocérébraux de l'enfance, toxi-infections infantiles avec atteinte des centres nerveux, y compris l'hérédosyphilis ou l'alcoolisme des procréateurs).

Si l'on prenait l'ensemble des cas d'épilepsie recueillis à La Force, on reconnaîtrait une grande majorité d'oligophrènes. C'est assez naturel car la plupart des épileptiques d'une intelligence et d'un caractère normaux s'organisent pour rester dans la vie sociale ordinaire. Et les épileptiques des établissements spécialisés ne sont pas en général les plus développés ; ou bien ils en sortent s'ils sont suffisamment améliorés par le traitement.

Tel est le cas suivant, dont l'observation détaillée a été publiée dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* du 27 novembre 1937 :

Y. C..., 10 ans, épilepsie à type bravais-jacksonnienne. La crise débute par le pied droit, puis remontant de plus

en plus haut, agite toute la moitié droite du corps. Ces crises se répètent à raison d'une douzaine, tant de jour que de nuit. Entrée le 2 avril 1937, elle sort au mois d'août de la même année, les crises ayant complètement disparu par le traitement (acétyl choline, sirop de Gibert, sulfarsénol, gardénal, 0 g. 10). L'enfant est retournée à l'école et a passé brillamment son certificat d'études et l'examen des bourses. Toutefois, entre temps, elle a eu quelques malaises et a fait aux Asiles un court séjour en avril 1939. Malgré des malaises relativement assez rares, et survenant généralement vers 6 heures du matin, elle poursuit ses études pour devenir institutrice.

A la vérité, des cas semblables ne sont pas très fréquents dans les Asiles, et on peut estimer à 80 % au moins la proportion des épileptiques oligophrènes. De cette oligophrénie il n'est pas nécessaire que nous donnions une description, car elle varie beaucoup de forme suivant les individus. Cependant on ne la confondra pas avec la bradypsychie particulière de certains épileptiques.

Nous ne croyons pas que la bradypsychie soit aussi fréquente qu'on ait pu le penser chez les épileptiques. Parmi les observations que nous avons trouvées, une seule est typique. Encore peut-on discuter le diagnostic d'épilepsie commune, et le malade est actuellement suivi de plus près, avec examens complémentaires, pour chercher la possibilité d'autres troubles endocrâniens associés.

Cab..., 32 ans, est entré en 1922 parce qu'il faisait des crises d'épilepsie répétées depuis l'âge de 14 ans. Nom-

breuses crises en 1939-1940. Gardénal 0 g. 30. Il a été soigné par l'hectine, l'iodure de potassium, l'aparoxal, le vin belladonné, l'hyosciamine, la génoscopolamine, etc... L'examen clinique ne révèle pas grand chose. Les réactions de laboratoire effectuées sur le liquide céphalo-rachidien sont toutes négatives. Une radiographie du crâne montre un élargissement de la selle turcique. La paroi crânienne est très épaisse, avec en particulier un gros épaississement dans la région occipitale. Aspect un peu figé dans la démarche elle-même, raidie et hésitante. Taches pigmentaires brunes sur le visage. Lenteur dans la contraction quand le malade serre un objet, et dans la décontraction.

Ce qui frappe chez ce malade, c'est la lenteur de la parole. Il lui faut beaucoup de temps pour s'exprimer. Il y a comme une hésitation continuelle et l'on se demande si la pensée pourra se réaliser, au milieu d'un espèce de brouillard psychique. Cependant les phrases sont tout à fait correctes, et les explications que le malade donne sont sensées. Il est remarquable que lors d'une petite fête dans l'asile, si le malade a appris un rôle dans une pièce, il le joue très convenablement, bien moins lent qu'à l'ordinaire. Cab... travaille encore dans les jardins, bien que ses forces physiques et psychiques aient sensiblement baissé ces derniers mois. A noter qu'au cours d'une discussion ou d'une bagarre, il peut être dangereux, car il saisit son adversaire, avec des mains qui sont comme un étau, et on a beaucoup de peine à les lui faire desserrer. Il exprime ensuite des regrets. Il se rend compte de son état. Il en souffre moralement et demande de nouveaux traitements.

En somme, bradypsychie, bradylalie et bradykinésie. On retrouve bien de pareils symptômes chez un certain nombre de malades, mais sous des aspects un peu différents. Ainsi une épileptique se montre lente dans ses explications et sa démarche. Une autre qui présente des troubles cénestopathiques, a beaucoup de difficulté à s'en aller de la salle de consultation quand on la prie de sortir. Il y a chez elle comme un processus de persévération. Il en est de même d'une autre malade ayant des idées mystiques et des obsessions. On arrive très difficilement à comprendre ce qu'elle veut dire exactement. On pourrait l'écouter pendant plusieurs heures sans discerner précisément ce qu'elle désire.

Pratiquement, il est difficile à déterminer d'une manière très exacte, ce qui revient à l'oligophrénie, à la bradypsychie, à l'obnubilation post-convulsive, à l'affaiblissement des facultés intellectuelles, au développement de processus démentiels. Mais il faut tenir pour conforme à la réalité, le fait que dans un asile, beaucoup d'épileptiques sont dans un état d'inertie, d'apathie, d'indifférence apparente, de « viscosité » mentale et physique, état qui peut être soudainement changé par des accès d'irritabilité ou de revendication.

On a signalé en effet que les épileptiques sont facilement revendicateurs. C'est un trait de caractère qu'on retrouve assez souvent et qui les rend parfois difficiles à garder dans un établissement. Il n'est pas rare de voir des épileptiques placés successivement

dans trois ou quatre maisons, et qui se sont rendus indésirables partout. Ils ne se contentent pas de se plaindre de tout, de la nourriture, de leurs camarades, de leurs surveillants. Ils arrivent facilement, soit à écrire des lettres de dénonciation aux autorités, ministres, procureurs, directeur, etc..., soit à fomenter des rébellions, soit à faire des tentatives de fuite, ou d'incendie. Ainsi :

Bod..., entré à 14 ans, en 1933, pour épilepsie larvée, violence, entêtement, arriération mentale. S'est développé passablement et a appris la menuiserie. Repris à 18 ans par sa famille pour être placé, s'est brouillé avec les siens; s'est rendu indésirable chez tous ses employeurs. Accepté de nouveau, par mesure de bienveillance aux Asiles en février 1938, il s'est comporté aussi désagréablement qu'il l'a pu. Il a dû passer de l'asile de Béthel dans celui de Siloé, pour l'isoler de certains camarades qu'il montait contre les surveillants. S'est associé à cinq autres débilés mentaux épileptiques, ou pervers instinctifs, pour écrire au ministre de la Justice, et pour mettre le feu à l'asile. A dû être envoyé en janvier 1939.

Curt..., entré le 21 août 1938 à 15 ans. Après avoir été renvoyé de deux autres établissements de la Drôme. Epileptique à crises surtout nocturnes. Présente en outre des troubles du caractère caractérisés par une tendance aux fugues conscientes et préméditées, et une attitude de revendication qui se traduit notamment par des injures et des grossièretés vis-à-vis de ses camarades et du personnel de surveillance. N'a pu être conservé dans un établissement qui, par principe, n'a pas de clôtures. A dû être transféré à l'asile départemental le 13 mars 1939.

Gar..., entré le 31 mai 1926 à 46 ans: « depuis quelques années atteint de crises d'épilepsie assez atténuées et qui autrefois ne l'empêchaient pas de travailler de son métier de mécanicien ». Bien que ses crises ne soient pas très fréquentes (3 à 4 par an), a énormément baissé au point de vue physique et psychique. N'est plus employé qu'à trier les lentilles. Œdème des membres inférieurs, faiblesse cardiaque. Revendicateur sournois, excite en dessous ses camarades. Comme la correspondance est en principe surveillée, s'arrange pour porter ses lettres de dénonciation à une boîte en dehors de l'asile. Plaintes au président du Conseil d'Administration, à sa famille, etc. Transféré dans un établissement hospitalier des Bouches-du-Rhône en janvier 1939.

Hur..., entré le 9 avril 1938, à 16 ans, pour épilepsie. Convulsions à 10 mois, rhumatisme à 15 mois. Rougeole avec broncho-pneumonie à 3 ans 1/2, réaction méningée à 4 ans 1/2. Première crise d'épilepsie à 11 ans. Traité au sulfarsénol, gardénal, tartrate borico-potassique.

Peu travailleur. Mécontent. Réclamant toujours pour des motifs futiles. Se disputant avec ses camarades. Difficile à vivre. Renvoyé à ses parents en février 1939.

On constatera que nous n'avons pris comme exemple de caractères revendicateurs que des observations d'épileptiques dont il a fallu se séparer soit par renvoi dans leur famille, soit par transfert dans un autre établissement. Et l'on peut discerner le problème quotidien que représente un asile d'épileptiques, où l'on compte un certain nombre de revendicateurs. Non seulement les difficultés s'élèvent contre la paix et le bon

ordre à l'intérieur même de l'Asile ; mais on n'est jamais sûr que les réclamations plus ou moins injustifiées et exagérées, n'n trouvent un écho à l'extérieur.

Les difficultés que nous venons de signaler à propos des revendications se présentent aussi avec les irritables. Bon nombre d'épileptiques ne sont pas particulièrement irritables. D'autres au contraire doivent être maniés avec une grande prudence, car on les voit se déchaîner pour des raisons souvent fort peu valables, pour une parole, pour un geste, souvent mal interprété.

Tels sont :

Court..., né en 1879, présente des crises d'épilepsie depuis 1918. A exercé la profession de camionneur, mais sa famille a demandé à le faire hospitaliser à cause des incidents fâcheux dus à son irritabilité. Frappe facilement ses camarades ; et comme il est très fort, ses réactions violentes peuvent être dangereuses. On a été obligé de l'isoler dans une chambre pour éviter les discussions dans les dortoirs ou les lavabos.

Hub..., née en 1917, entrée le 21 avril 1936, 15 crises et 161 malaises en 1937-1938, malgré 0 gr. 20 de gardénal et 0 gr. 30 d'alepsal, a été traitée au benzoate de mercure, au sirop de Gibert, au sédoneurol, à l'aparoxal, au valériate d'ammoniaque, etc... Examen du liquide céphalo-rachidien négatif ; radiographie crânienne négative. Les malaises débutent par une sorte d'aura motrice violente : gifles, coups portés à ses camarades. A fait une série de scènes de violence qui ont fait envisager son placement à l'asile départemental. N'a fait en 1939-1940 qu'une crise et

42 malaises. Les crises de brutalité se sont espacées. Cependant quand elle est mécontente, casse ses lunettes, brise divers objets. Se montre quelque peu revendicatrice. Est employée aux jardins où elle a moins l'occasion de se disputer avec les autres malades. A noter qu'il existe chez Hub. un élément pithiatique et qu'elle se plaint à chaque consultation de troubles cénestopathiques les plus divers.

Kle..., 42 ans, entrée le 3 mars 1915. Epileptique traitée au tartrate borico-potassique, au bromure et au gardénal 0 gr. 20. Actuellement, 3 crises et 37 malaises en 1939-1940. Antécédents bacillaires. Mal de Pott soigné à Berck. Vitiligo ancien au visage. Caractère bizarre, souvent mécontente, rire sans cause. Se fâche facilement pour des causes minimes. Est un peu geignarde.

On conçoit l'intérêt qu'il y a pour de tels malades, à trouver un milieu qui, averti par avance de ces troubles et de leur cause, sache éviter le plus possible le déclenchement des scènes et en atténuer les conséquences.

Et certains de ces malades, suffisamment améliorés par ailleurs par le traitement gardénalique pour songer à la vie sociale ordinaire et à la vie familiale, ont pu constater après un essai que leur irritabilité les obligeait à un retour à la vie des Asiles.

Gar..., 56 ans, entrée à 43 ans. Epileptique depuis de longues années, mais depuis 3 ou 4 ans son état s'était aggravé, et elle faisait une crise par mois, au moment des règles. Dès l'entrée aux Asiles, amélioration très sensible: une seule crise la première année, puis disparition complète des crises. La ménopause se fait normalement à

48 ans. Malgré une pleurésie, les crises ne réapparurent pas. Traitement maintenu à 0 gr. 10 de gardénal *pro die*.

Présentant un très bon état général, grande, aimant les travaux de force, elle est utilisée pour les travaux du potager et même des champs. Elle ne se plaint d'ailleurs qu'à ces occupations. Par ailleurs elle lit un peu, et recherche surtout la solitude. A la moindre occasion, son caractère revendicateur apparaît : à propos de travail, si on l'embauche chez un fermier des environs, ou à propos de la nourriture dès qu'une modification est apportée à celle-ci. N'a pu pour la même raison effectuer un retour définitif dans sa famille.

Lau..., 48 ans, entrée à 20 ans. Elle fut atteinte alors qu'elle était institutrice depuis 10 mois. Cependant il existe des antécédents familiaux, un frère est mort épileptique. Au début les crises étaient d'abord très rapprochées (jusqu'à une par semaine), elles s'espacèrent peu à peu puis survinrent par séries, groupées pendant certains mois. En 1928, 5 crises en août, 4 en décembre, et 4 dispersées sur les autres mois, soit 13 en tout dans l'année. En 1932, les crises ont complètement disparu.

Ce cas est intéressant pour l'amélioration de caractère survenue parallèlement à l'amélioration des crises. Malgré cela, un essai de retour à la vie de famille, en 1933 amène une réapparition des crises en même temps que des troubles du caractère. Après cette tentative on constate d'ailleurs une véritable rechute : 1934 : 16 crises ; 1935-1936 : 5 crises ; 1936-1937 : 8 crises, groupées en quelques jours ; 1937-1938 : 22 crises, groupées en deux périodes : 1939-1940 : une crise seulement. Pendant toutes ces années, dose quotidienne, 0 gr. 20 de gardénal en deux fois.

Actuellement elle fournit un travail de lingerie très appréciable par sa régularité et par sa qualité.

A côté des revendicateurs et des irritables, on doit faire une place aux épileptiques qui font de véritables accès d'aliénation mentale, le plus souvent avant une crise. Ces faits ne sont pas très fréquents dans l'établissement. Cependant, ils se présentent par intermittence. La plupart du temps, il s'agit soit d'excitation de type maniaque, soit plutôt de confusion mentale avec ou sans élévation de température.

Il est évident que ces accès de confusion mentale chez les épileptiques augmentent le souci de leur surveillance, et nécessitent des chambres d'isolement bien adaptées.

Nous devons relever encore parmi les caractères d'épileptiques, quelques hystéro-épileptiques. Nous voulons parler de malades dont les crises d'épilepsie sont réelles, vérifiées comme telles. Et cependant ils manifestent en outre un élément pithiatique. Nous l'avons mentionné dans l'observation d'Hub. Il existe aussi sous d'autres formes que les troubles cénestopathiques. Ainsi :

Gel..., 22 ans, entrée le 23 juin 1938, pour épilepsie. Crises assez espacées. Traitée aux bromures, tartre borico-potassique, gardénal, etc... Aurait été soignée par le professeur Euzière à Montpellier et à Mende. Chaque fois elle ne serait pas restée plus de huit jours, mais cherchait à s'enfuir et était prise par ses parents. Le certificat médical portait : « Caractère un peu bizarre, fantasque parce que

trop gâtée, caractère un peu infantile, impulsif ; ne voulait pas voir ses parents pendant quelque temps. Exigeante parfois, surtout quand il s'agit de fantaisies à lui procurer. Pleure très facilement ; a parlé de suicide à plusieurs reprises ; a essayé même une fois de sauter par la fenêtre. En général très énervée, mais avec périodes de rémission ».

A son arrivée à l'Asile on s'est rendu compte que les troubles du caractère étaient plus importants encore que les crises d'épilepsie. Un des moments les plus difficiles a été pour faire accepter à la malade la même soupe que les autres pensionnaires, et elle alla jusqu'à faire la grève de la faim ; il fallut recourir aux menaces de l'alimentation forcée par la sonde, et Gel... se décida à manger la soupe et à ne plus faire de difficultés. Bien encadrée par une discipline souple et ferme, elle s'est beaucoup améliorée et a pu être reprise par ses parents en mars 1940.

Enfin, parmi nos malades, deux autres, l'une dont nous avons pu avoir une observation détaillée, et l'autre que nous avons vue nous-même assez longuement, seront rangées par nous parmi les mystiques.

Lop..., 42 ans, entrée en 1924. Epileptique présentant surtout des malaises. Gardénal 0 gr. 20. Petite personne un peu chétive, borgne, affublée hiver comme été d'un chapeau de paille et sans aucun souci de son habillement. Mentalité un peu puérile et légèrement paranoïaque. Formes de langage, attitudes, révèlent sans cesse des préoccupations mystiques. Lop... a appartenu à un milieu certainement religieux ; une sœur, un frère, sont évangélistes. Il est difficile de savoir à quelle époque de sa vie

elle a discerné l'importance de la vie religieuse. Si l'on entre dans le cercle de sa logique particulière, on peut accepter beaucoup de ses paroles qui ne sont ni déroutantes ni choquantes. Si elle demande une onction d'huile ou une imposition des mains pour être purifiée de ses péchés ; si même elle dit qu'elle porte une partie de la responsabilité du péché de ses camarades, ses sentiments de responsabilité et ses pratiques de purification sont tout au moins défendables. Par ailleurs, ses convictions ont une portée sur sa conduite ; d'une part, elle en éprouve du réconfort, un état de béatitude, de joie intérieure ; et d'autre part, leur mise en pratique se traduit par ses soins à l'égard de ses compagnes, son besoin d'évangélisation la poussant à « rendre témoignage » à la fin du culte en commun. Mais nous devons aussi noter l'irrationnel et la bizarrerie de son comportement. Le jour de l'arbre de Noël de son asile, alors que tout le monde écoute les chants et les récitations, on découvre Lop... accroupie, la face contre terre dans un placard. Elle explique qu'elle trouve là, solitude, recueillement, et possibilité de prière. Une des originalités de Lop... est aussi de se cacher dans des buissons, dans un figuier, etc... Une autre fois, elle a remarqué sur les murs du réfectoire quelques gravures bibliques. Or dit-elle la Bible défend les « images taillées ». Elle refuse de retourner au réfectoire. Et un jour elle se lève à 4 heures du matin, décroche les tableaux, et va les jeter dans un ravin du voisinage, car il ne faut pas non plus que ses compagnes « soient détournées du pur service de Dieu en voyant ces images bibliques ».

Sa tournure d'esprit paranoïaque se manifeste aussi par la fixité, la ténacité de ses idées, son entêtement lorsqu'une chose la préoccupe, jusqu'à ce qu'elle ait obtenn

satisfaction. Ainsi, très préoccupée par la nécessité d'une imposition des mains pour la sanctifier et la purifier de ses péchés, elle écrivit à un évangéliste qui se disait doué d'un don de guérison. Celui-ci lui fit une imposition des mains. Là-dessus, Lop... ne voulut plus prendre son gardénal et eut une recrudescence de ses crises d'épilepsie. Quelque temps après elle réclamait une onction d'huile. Les arguments de bon sens et de théologie n'eurent aucun succès. A bout de raisonnements, le médecin de l'établissement finit par prescrire de l'huile d'olive, à raison d'une cuillerée à soupe pendant quelques jours. La semaine suivante Lop... revenait rayonnante, expliquant qu'elle était l'objet d'une grande grâce de Dieu. Avec l'huile qu'elle ingurgitait et la douche qu'elle prenait le matin, elle se sentait purifiée de ses péchés.

Bur..., 28 ans, entrée à 25 ans, pour épilepsie, 9 crises et 132 malaises en 1939-1940. Gardénal 0 g. 10 et Alepsal 0 g. 10. Aspect extérieur normal, quoiqu'un peu infantile. A été mariée. Les troubles du caractère furent de suite apparents et amenèrent une mésentente rapide du ménage. Mais ce n'est qu'à la naissance de l'enfant qu'apparut la première crise. Bur... rattache au même moment l'époque de sa « conversion », dont elle parle avec larmes. On pourrait parler chez cette malade de bradypsychie, elle s'exprime avec une grande lenteur ; mais cette lenteur s'accompagne aussi d'un déficit intellectuel marqué, avec perte du jugement et de la mémoire. La malade tient des conversations puériles parlant toujours des mêmes sujets, avec des attitudes d'obséquiosité marquée. Elle a une évidente tendance au scrupule et à l'obsession. Sa timidité se traduit par un fréquent besoin de s'excuser. Elle a un tic de serrement de gorge quand elle parle.

Souvent égarée, semblant vivre dans un rêve, elle porte toujours sur elle, dans ses vêtements, de très nombreux livres de piété. Chaque soir, avant de se coucher, on la voit à la fenêtre, ou errant dans le jardin, cherchant du regard « son » étoile. Interrogée, elle indique qu'au temps où elle était chez ses parents, qui considéraient ses idées religieuses comme de l'incohérence d'esprit, et qui railaient ses manifestations religieuses, elle avait pris l'habitude de prier silencieusement ; et elle marquait les mots de sa prière avec des pommes de pin ; autant de pommes de pin que de lettres dans le mot. Or, un soir qu'elle était préoccupée, elle regarda le ciel et vit un assemblage d'étoiles dont le nombre correspondait à celui des petits tas de pommes de pin. De là à y voir une sorte de réponse de Dieu, d'approbation de Dieu à sa prière, il n'y avait qu'un pas que la mentalité mystique de Bur... franchit facilement. Et depuis elle cherche son assemblage d'étoiles comme un signe de communion avec Dieu.

Sans vouloir entrer ici dans une discussion sur les limites entre la religiosité normale et morbide, nous avons seulement voulu noter l'existence chez certains épileptiques d'une mentalité mystique très apparente.

On a pu se rendre compte par la série d'observations que nous avons fournies, de quelques-unes des formules caractérielles et des mentalités des épileptiques hospitalisés aux Asiles de La Force. On pourrait parler encore d'autres catégories, épileptiques hémiplésiques, ou malades présentant d'autres maladies associées. Mais ceci sortirait du cadre de notre étude. Nous signalerons seulement pour terminer que

la plupart des cas représentés aux Asiles John Bost appartiennent à l'épilepsie commune. Des examens attentifs y sont d'ailleurs pratiqués pour distinguer les épilepsies symptomatiques de l'épilepsie essentielle chaque fois qu'il y aurait lieu, afin d'individualiser les traitements selon les nécessités.

Nous allons essayer dans le chapitre suivant de rechercher quelques-uns des principes et des méthodes qui paraissent utilisables pour la thérapeutique médico-pédagogique des épileptiques et pour leur hospitalisation la plus rationnelle.

CHAPITRE IV

Principes mis en application aux Asiles John Bost.

On aura pu se rendre compte dans la partie historique de ce travail que les principes directeurs pour l'hospitalisation des épileptiques n'ont pas été conçus dès l'origine des Asiles John Bost et d'une manière un peu théorique. Ils se dégagent d'un ensemble d'efforts et d'expériences qui s'étalent sur un bon nombre d'années.

Un de ces principes est l'absence de clôtures. En effet Eben Hézer donne pour ainsi dire directement sur un chemin assez passager du village de La Force. Béthel n'est guère mieux séparé d'une route assez importante. Il n'y a pas de portail ; pas de clôture réelle. Le système offre des avantages et des inconvénients. Les inconvénients sont les risques de fugue, avec les ennuis que peuvent entraîner les fugues à l'extérieur. Dans la pratique les fugues des épileptiques ne sont pas plus fréquentes que celles des débiles mentaux ou instables psychiques. Il resterait même à savoir dans quelle proportion les fugues des épilep-

tiques, lorsqu'il s'en produit, ont bien les caractères classiques d'inconscience et d'amnésie. Certaines sont préparées; certaines sont exécutées à plusieurs. En fait elles sont rares. Car il faut apporter quelques correctifs à cette affirmation qu'il n'y a point de clôtures. D'abord il faut faire état d'une certaine barrière morale. Il est entendu que les pensionnaires d'un pavillon ne doivent pas dépasser les limites indiquées par l'usage. En outre les Asiles sont en somme à la campagne. Des terrains assez découverts les entourent. Il est difficile de se cacher dans les prés et les labours. La surveillance s'exerce mieux quand la vue se porte assez loin. Par ailleurs beaucoup de pensionnaires sont connus des gens du pays, qui ne manquent pas de signaler s'ils les ont rencontrés. Enfin le service de garde est prévu de telle sorte qu'il y ait toujours au moins un surveillant ou une surveillante exerçant la garde générale des pensionnaires d'un asile. Enfin les sorties sont strictement accompagnées. Par conséquent s'il n'y a pas à proprement parler de clôtures, les pensionnaires qui auraient tendance à fuir sont surveillés d'une manière très précise. Et si ce sont des récidivistes de l'évasion et de la fugue, ils sont renvoyés chez eux ou placés à l'asile départemental.

Le gros avantage de n'avoir point de barrière est un avantage moral. D'abord il ôte aux Asiles de La Force tout caractère de prison, de caserne, ou de maison d'internement. Les visiteurs, comme aussi les pensionnaires, ont une impression de liberté. N'être pas enfermé est une satisfaction spirituelle que l'on peut

bien laisser à des pensionnaires qui sont des malades physiques plus que des malades mentaux. Cependant il est des cas où il faut regretter l'absence des clôtures. Ainsi quand on a affaire à des pensionnaires obsédés, qui ont l'obsession de partir et ont besoin d'être protégés contre eux-mêmes. On leur épargne une lutte angoissante. Nous n'avons pas de cas précis d'épileptiques, mais plutôt de débiles mentales et de nerveuses. Il faut d'ailleurs remarquer qu'une fugue qui répond à une obsession n'est pas purement de caractère épileptique. Enfin ces types de fugues ne sont pas fréquents. De telle sorte, qu'avec une surveillance bien conditionnée, nous pensons qu'on peut conserver le principe de ne pas avoir de clôtures. Une expérience faite ces derniers mois corrobore cette opinion. Un peu avant l'armistice tout un établissement privé de la Seine-et-Oise, composé de débiles mentaux, épileptiques, etc., s'est replié sur les Asiles de La Force. Durant leur séjour aucun des quelques quatre-vingt pensionnaires de cet établissement n'a fait de fugue, alors qu'on aurait pu craindre que, privés de leurs barrières habituelles, ils auraient eu tendance à abuser de leur nouvelle liberté.

Un autre principe de la maison c'est l'entraide mutuelle. Il s'est créé une sorte d'esprit d'asile. Les pensionnaires sentent qu'ils appartiennent à une collectivité. Et ils doivent se rendre service les uns aux autres. Il est de fait qu'au cours de leurs crises les pensionnaires sont presque toujours aidés par leurs camarades au moins autant que par les surveillants. Ils

portent un coussin pour mettre sous la tête du malade ou le transportent sur son lit. Certains prêtent leur concours pour habiller de moins habiles ou pour les laver. La plupart du temps ces travaux sont faits avec beaucoup de bonne volonté et l'on a des exemples de dévouement vraiment touchants. Tel est ce pensionnaire que le Dr de La Chapelle dans un de ses rapports appelle un véritable apôtre. Il est employé depuis de longues années à l'asile La Compassion où se trouvent les idiots gâteux. On peut dire que de jour et de nuit V... qui est un épileptique, travaille dans cet asile avec une autorité, une abnégation, et une persévérance dignes de tout éloge. Placé au dehors, une certaine propension à l'éthylisme, l'aurait empêché de bien faire. Au contraire, encadré dans la discipline et la vie régulière des asiles, il se montre un excellent collaborateur. A l'annexe de l'Espérance, dans la section des petits garçons idiots et gâteux c'est également un épileptique, et qui de plus boîte quelque peu, qui s'occupe des enfants du solarium. Cette entr'aide implique donc non seulement un élément de service du prochain et de charité, mais elle crée des sentiments de responsabilité, de dignité personnelle. Elle contribue à rehausser les malades à leurs propres yeux.

Il en est de même d'un troisième principe, celui du travail. Sous le nom d'ergothérapie divers auteurs français ou étrangers ont insisté sur l'importance du travail comme thérapeutique dans les asiles d'aliénés. Simon, notamment, à l'hôpital psychiatrique de Gü-

tersloh, a montré que l'application au travail est le meilleur moyen psycho-thérapeutique pour la guérison des maladies mentales (*Annales médico-psychologiques*, nov. 1938, p. 645). En effet, ce travail organisé évite l'inaction, si fâcheuse dans une collectivité de malades de l'esprit. Il crée aussi une ambiance générale meilleure en obligeant à répartir les pensionnaires dans différents ateliers ou à les employer à des travaux divers. Enfin et surtout il permet au malade d'acquérir ou de conserver un certain sentiment d'utilité, de dignité et de responsabilité.

Ce fut une admirable intuition pédagogique de John Bost que de poser comme principe la nécessité du travail pour tous, et dans la mesure des moyens de chacun. Le professeur Alexandre Westphal dans son livre « John Bost et sa Cité Prophétique » s'exprime ainsi (p. 120-121) :

« Depuis le chef de l'établissement jusqu'au plus déshérité de ses pensionnaires — les enfants, comme on les appelle — toutes les bonnes volontés, toutes les forces sont utilisées, jusqu'à la moindre lueur de capacité.

« Celui qui peut marcher, marche pour l'Asile ; celui qui peut porter, porte pour l'Asile ; celui qui peut nettoyer, nettoie pour l'Asile. L'inaction... engendre l'ennui qui envenime la souffrance, et l'humiliation qu'elle inflige pousse les désœuvrés aux jalousies, aux querelles, aux vices, et, s'ils sont anormaux, aux réactions violentes de la brute.

« Si nos Asiles vivent, s'ils prospèrent, si l'on y

chante, c'est parce que personne ne s'y sent dédaigné, personne ne s'y sent inutile...»

En effet, l'ergothérapie à La Force prend les formes les plus diverses suivant les pensionnaires et leurs capacités plus ou moins développées. La couture, le tricotage, les soins du ménage et de la cuisine, l'assistance aux plus infirmes constituent, dans les asiles de femmes, des possibilités de travail dirigé, et organisé, mais en réalité très souple et très libre.

Dans les asiles d'hommes, le jardinage et les travaux agricoles jouent un plus grand rôle. La vannerie et la broserie, la menuiserie et la forge utilisent aussi un bon nombre de pensionnaires. On pratique aussi, surtout à l'« Espérance », section des garçons arriérés, la cordonnerie et même la sculpture sur bois, le découpage et la pyrogravure. On avait fait autrefois à Bethel un atelier de fabrication de poches en papier. D'après les anciens comptes rendus, les résultats étaient bons. Nous ne savons pas pourquoi cet effort a été abandonné. (Il existe une fabrication semblable à l'asile d'Etoy, en Suisse.)

En ce qui concerne le travail des épileptiques proprement dits, on a bien souvent répété qu'il ne fallait pas mettre entre les mains de ces malades des instruments tranchants ou pointus, qu'on ne pouvait les utiliser qu'à des travaux absolument inoffensifs. Théoriquement, c'est très exact et il faut considérer qu'un certain nombre de métiers ne sont pas recommandés, ou que même, dans certaines conditions, ces métiers pourraient constituer un danger

pour les épileptiques eux-mêmes ou pour d'autres personnes. C'est pourquoi, offices d'Orientation professionnelle, et assistantes sociales exposent aux familles les professions qui sont contre-indiquées pour des gens susceptibles de perdre le contrôle d'eux-mêmes et de faire des crises convulsives. Mais la question est justement de savoir, si on a affaire à des épileptiques qui ont des crises, ou qui sont équilibrés par le traitement ; et d'autre part, si on est en présence de malades violents susceptibles de réactions dangereuses, ou de malades tranquilles, Voici comment on procède à la Force. Les épileptiques susceptibles de se servir mal à propos des outils qui leur sont confiés, ne sont guère occupés qu'à la vannerie, la brosserie, le triage des légumes, l'arrosage des jardins. Ceux qui ont des crises, mais font un usage normal de leurs outils peuvent être mis à bêcher, à sarcler, à aider aux travaux de ménage. Ceux qui n'ont habituellement plus de crises peuvent être utilisés à peu près à n'importe quel travail conforme à leurs aptitudes. Ainsi Lec,... dont nous avons donné précédemment l'observation est capable de faire de la menuiserie, d'aider même à poser certaines pièces de charpente. Il circule à bicyclette et se sert de toutes sortes d'outils. Il prend 0 gr. 20 de gardénal et n'a plus de crises. Son camarade Lab... est dans la même situation et se livre à tous les travaux de la ferme et de la culture. A Eben Hézer, une malade peut être employée à la cuisine. Ajoutons cependant qu'il s'agit d'épileptiques qui sont à un régime régu-

lier et dont les moindres défaillances physiques sont surveillées. Ainsi la question du travail des épileptiques nécessite un certain bon sens et une capacité de jugement pour discerner les aptitudes des épileptiques et les dangers qu'ils peuvent courir en maniant un outillage déterminé.

Des considérations analogues peuvent s'appliquer au placement des épileptiques à l'extérieur. Lorsqu'il s'agit de malades intelligents, d'un caractère relativement normal et équilibrés par le gardénal, ce placement ne souffre pas de grosses difficultés. A condition toutefois qu'on élimine les métiers qui peuvent être dangereux, par eux-mêmes et par les circonstances de vie économique et sociale dans lesquelles ils s'exercent. L'idéal serait de pouvoir employer l'épileptique dans le cadre de l'artisanat rural ou à l'agriculture avec un patron compréhensif. De tels patrons ne sont pas très facile à trouver, car beaucoup hésitent à prendre des apprentis ou des domestiques qu'il faut surveiller ou pour lesquels on peut craindre une brusque explosion de la maladie. Par ailleurs, il peut être exagéré d'obliger des employeurs à donner les mêmes garanties de salaires, d'assurance, etc... à des employés qui peuvent être médiocres ou nécessitent des précautions particulières. La législation sur l'apprentissage, sur les accidents du travail, les assurances sociales, les allocations familiales, etc., excellente en son principe, crée dans la pratique des difficultés pour le placement de sujets de moindre rendement. Il y aurait lieu de prévoir un régime

peut-être plus souple et des possibilités d'exception pour les placements d'essai.

Aux Asiles John Bost on s'efforce de réaliser le placement des épileptiques normalisés, de la manière suivante. Le règlement de la maison prévoit que tous les pensionnaires peuvent avoir un mois de vacances par an. Si les familles le demandent, les épileptiques peuvent être envoyés chez eux en congé ; et on peut se rendre compte de la manière dont ils se comportent dans un milieu différent de celui de l'asile. S'il y a lieu le congé d'essai peut être porté à trois mois. Naturellement la direction de l'établissement, en corrélation avec le service médical s'est efforcé d'expliquer aux représentants légaux ou aux protecteurs de l'épileptique quelles sont les possibilités d'emploi qu'on peut chercher à celui-ci. Et il arrive que les familles font elles-mêmes un placement satisfaisant. D'autre fois l'établissement lui-même cherche à placer au dehors tel pensionnaire réadaptable, tout en exerçant une sorte de droit de regard sur lui et en étant prêt à le reprendre si pour une raison ou pour une autre le placement se révélait désastreux. Lec... a été placé en apprentissage chez le charpentier du village, mais il couche et prend ses repas à l'asile. Ho... a été placé par ses parents chez un boulanger et il habitait chez eux. D'autres cas mériteraient d'être signalés. Mais il ne faut pas se dissimuler que la plupart des épileptiques susceptibles d'être recueillis plusieurs années dans un établissement spécialisé sont des épileptiques ayant des troubles importants de

l'intelligence ou du caractère. Et le nombre de récupérables pour la vie sociale n'est pas aussi grand qu'on le supposerait tout d'abord, s'il s'agit d'épileptiques soignés tardivement ou insuffisamment : ce qui est assez fréquent. Si on évalue à 10 ou 15 % environ le chiffre des récupérables dans les asiles de Béthel et d'Eben Hézer on aura une idée approximative des possibilités de réintroduction dans le courant social des épileptiques sérieusement atteints.

En réalité d'autres problèmes se posent encore à propos du placement des épileptiques à l'extérieur, notamment celui du mariage des épileptiques. Certes beaucoup d'auteurs estiment que l'épilepsie n'est pas une affection héréditaire. Toutefois il nous a paru intéressant de noter comme contribution à ce problème, les cas où l'on retrouve l'épilepsie dans les antécédents familiaux de certains pensionnaires. Ainsi la mère de Peil... était épileptique ; le père de Flor... et deux de ses frères étaient épileptiques. Un oncle maternel de Comb... était aussi épileptique. Si l'affection elle-même ne se transmet pas réellement, elle doit constituer au moins une sorte de prédisposition. Ou encore il semble bien que l'épilepsie commune soit souvent l'expression de certaines tares plus ou moins héréditaires : malformations rendant l'accouchement difficile, fragilité des vaisseaux due à l'alcoolisme, à la syphilis héréditaire, troubles histopathologiques du système nerveux, etc. De telle sorte que si l'existence de l'épilepsie n'est pas une contre-indication formelle au mariage, quand il s'agit de sujets

intellectuellement et caractériellement normaux, la question est différente pour les épileptiques d'établissements. Nous avons insisté sur la fréquence de l'oligophrénie, de la bradypsychie, de l'instabilité psychique des épileptiques. N'est-ce pas indiquer déjà que de tels symptômes ne sont pas très en faveur d'une existence conjugale, avec les troubles, les difficultés et les responsabilités qu'elle comporte ? Au vrai nous pensons qu'il y a lieu de déconseiller dans la mesure du possible le mariage des épileptiques, comme aussi celui des débiles mentaux et des gens physiquement ou psychiquement tarés. Il y a trop d'exemples aux Asiles John Bost, de parents débiles mentaux dont plusieurs enfants sont également débiles pour ne pas songer aux répercussions d'ordre social ou d'ordre financier, de semblables mariages inconsiderés. Ainsi on hospitalise 4 enfants de la famille Ma..., 4 Mel..., 3 Chas..., 2 Caz..., 2 Ru..., 2 Blan..., 2 Bod..., etc., etc. On peut escompter les charges que cela représente pour les collectivités.

On comprendra facilement que nous estimions préférable de ne pas remettre dans la circulation sociale trop d'épileptiques, même n'ayant plus de crises. On débarrasse ainsi le marché du travail d'un certain nombre de travailleurs plus ou moins déficients et on évite une repopulation qui peut être fâcheuse. Toute la question est de pouvoir organiser des collectivités d'épileptiques où l'existence se rapproche autant qu'il se peut, de la vie normale. Nous voulons dire qu'un établissement pour épileptiques moyens ne doit se

présenter ni comme une maison de force, ni comme un internat où les ressources physiques et morales d'un chacun restent inutilisées. Dans ce sens il nous semble que la formule des Asiles John Bost est bonne : créer à la campagne une sorte de communauté, animée d'un esprit de famille et où chacun ait l'impression de pouvoir employer ses facultés et son dévouement. Il est de fait que dans un asile comme Eben Hézer, en dehors de la directrice et des surveillantes garde-malades, il n'y a pour ainsi dire pas d'autre personnel qu'une cuisinière et un jardinier. Tous les travaux de la maison sont exécutés par les pensionnaires. Sans doute les surveillantes sont obligées, par devoir médico-pédagogique, de travailler avec les pensionnaires, à la couture, au tricot, au ménage, etc. Elles sont, pour ainsi dire, chefs d'équipe. Mais en réalité chaque pensionnaire peut avoir le sentiment qu'elle participe à la bonne marche de la maison et qu'il manquerait quelque chose à celle-ci si personnellement elle n'apportait pas la contribution de sa bonne volonté et de son activité à la tâche commune.

Le fait d'être à la campagne, près d'un village, mais assez loin de la ville, facilite beaucoup la vie de tels établissements. Nous avons indiqué comment les Asiles de la Force n'avaient point de barrières et de clôtures ; si nous ajoutons qu'ils sont au milieu des fleurs et des jardins potagers, on se rendra compte que pour pour beaucoup de pensionnaires dont les ambitions sont bornées, la vie qu'ils mènent est en

somme très tolérable. Selon leurs aptitudes ils peuvent avoir des postes plus ou moins importants et recevoir une rétribution ; et s'ils ne jouissent pas des mêmes libertés que le personnel de surveillance, ils ont tout de même beaucoup de latitude, quant ils sont dignes de confiance.

Ainsi, essayer de placer au dehors les épileptiques les plus normaux ou ceux pour lesquels les circonstances sont les plus favorables ; créer un milieu aussi « vivable » que possible pour les autres, tels sont les deux buts vers lesquels se portent les efforts de la direction des Asiles. On remarquera que le second point est intéressant au point de vue social, à condition que les frais de revient de semblables « colonies » ne soient pas trop élevés. Le prix de journée des établissements de La Force est calculé sur l'ensemble des divers asiles. Il est en 1940 de Frs : 12,95, ce qui n'est relativement pas très cher si l'on considère que ce prix comporte tous les soins médicaux et pharmaceutiques, la nourriture, la surveillance, l'entretien des bâtiments, etc. Si l'on envisage la question de l'hospitalisation des épileptiques sous l'angle de l'intérêt social, il ne convient pas de faire des installations trop dispendieuses et des organisations trop luxueuses. Si l'on conçoit que des maisons privées qui s'adressent à une clientèle fortunée puissent présenter un certain luxe, il n'en est pas de même d'établissements ayant un caractère d'utilité publique.

A considérer les choses de ce point de vue, on constatera tout d'abord qu'il n'y a pas lieu de multi-

plier les machineries compliquées en particulier les ascenseurs, les outillages de cuisine trop perfectionnés, les installations trop « mécaniques » ou trop délicates, en ce sens qu'avec des pensionnaires dont quelques-uns sont malhabiles, les instruments fragiles risquent d'être détériorés et entraînent d'assez gros frais de réparation. Nous faisons naturellement exception pour le chauffage central qui ne peut que diminuer le danger de brûlures dans un asile d'épileptiques. Mais encore en matière de chauffage central il n'y a pas lieu d'exagérer les inconvénients qui résulteraient de chutes sur les radiateurs. On a essayé aux Asiles John Bost le chauffage par panneaux chauffants, par sol chauffant et par radiateurs. Les résultats pratiques ne paraissent pas très différents, et les chauffages dans le sol ont amené des dépenses plus importantes quand il a fallu faire des réparations.

Les bâtiments non plus ne doivent pas être trop coûteux. A La Force les murs sont, en règle générale, blanchis à la chaux, sauf les soubassements qui sont peints. Cette manière de faire facilite le nettoyage annuel des bâtiments. Les parquets sont carrelés ou planchés suivant leur destination. Il serait bon de mettre des carreaux flammés, comme cela a été fait pour le Pavillon médical. Ils sont moins salissants et plus résistants que les carreaux unis tels que les carreaux de Marseille. Il est malheureusement difficile de s'en procurer. Le mobilier doit être simple, avec si possible des arêtes adoucies. Cepen-

dant il ne semble pas qu'il y ait lieu de faire un mobilier spécial pour les épileptiques.

Nous avons dit que les bâtiments des asiles d'épileptiques à La Force étaient déjà anciens. Des études importantes avaient été faites ces dernières années pour la réfection d'Eben Hézer. Les circonstances de la guerre ont arrêté *sine die* ces projets. Mais le plan établi comportait un rez-de-chaussée et un premier, un sous-sol et un grenier. Le corps central était assez étendu avec des ailes orientées obliquement, de telle sorte que le plan de masse représentait grossièrement un X allongé. Il a paru bon de respecter le principe de n'avoir qu'un étage. Cela simplifie le service et évite aux épileptiques les risques de trop d'escaliers, ou les chutes par les fenêtres d'un deuxième étage. A la campagne où le terrain pour la construction coûte moins qu'en ville, il semble qu'il y ait avantage à avoir un bâtiment assez long, à cause du bruit, assez fréquent quand les malades sont énervés. La cour est également mieux abritée et peut être plus facilement surveillée. En dehors de cette disposition générale il n'a pas été prévu de dispositifs spéciaux pour les épileptiques. Il arrive au fond très peu d'accidents par chutes. D'ailleurs les blessures que se font les épileptiques guérissent en général très rapidement. Les précautions que l'on a cru devoir prendre sont surtout contre l'incendie. On évite notamment autant que possible les escaliers en bois. D'autre part un long couloir central est prévu pour la circulation des pensionnaires. Les dortoirs sont au premier étage

et peuvent s'évacuer aisément. Les salles de jeux ainsi qu'un dortoir d'infirmeries sont au rez-de-chaussée, et s'ouvrent sur la cour par plusieurs portes-fenêtres. Une attention particulière doit être apportée à la construction de chambres d'isolement. Nous n'avons pas besoin de rappeler qu'elles sont indispensables. Mais il faut qu'elles soient saines, aérées et chauffées, et en même temps extrêmement solides. Nous avons vu plusieurs fois des pensionnaires excités être capables de briser les portes ou même d'ébranler complètement des murs en maçonnerie. Pour une chambre d'isolement récemment construite on a dû employer le béton armé pour la partie inférieure du mur ; et une double porte ferrée. En règle générale il vaut mieux ne pas mettre de lit dans de telles cellules, mais plutôt une pailleasse ou un matelas. Les lits ne sont à utiliser que s'il s'agit de malades qui ne sont pas violents, mais qu'il est nécessaire d'isoler parce qu'ils sont bruyants. Il faut ajouter que le malade doit pouvoir être surveillé sans difficultés, sans avoir à ouvrir la porte. La porte elle-même doit s'ouvrir vers l'extérieur. Ainsi le risque pour un surveillant d'être enfermé avec le malade dans la cellule est bien moindre et le service s'effectue plus aisément, l'agité ayant moins de possibilités de s'opposer à l'ouverture ou à la fermeture de la porte.

Le régime alimentaire n'a pas besoin, croyons-nous, de complications spéciales. Il ne semble pas que la thérapeutique par les régimes ait donné, pour les épileptiques tous les résultats qu'on en attendait. A

Eben Hézer l'alimentation est à peu près la même que dans les autres asiles, toutefois les légumes et le lait y jouent peut-être un plus grand rôle.

Un mot doit être dit en terminant sur la thérapeutique dans les asiles d'épileptiques. Si nous ne croyons pas que les établissements spécialisés dont nous avons parlé, puissent se présenter comme de véritables hôpitaux car l'effort pédagogique et le travail organisé font partie de l'effort d'ensemble, cependant un établissement d'épileptiques ne doit pas être regardé comme un asile d'incurables. A ce propos il convient d'organiser le service médical de telle sorte que les malades soient examinés et traités le plus rationnellement. Séparer les cas d'épilepsie commune des épilepsies symptomatiques ; reconnaître les maladies surajoutées ; varier selon les tempéraments et les formules pathologiques les prescriptions médicalementeuses ; individualiser au maximum les directions médico-pédagogiques, tels sont les principaux desiderata auxquels il faut répondre continuellement. Ces dernières années un Pavillon médical attenant à l'asile d'Eben Hézer, a été créé pour faciliter les examens de malades et permettre la recherche médicale. Il comporte notamment une installation de radiographie et un laboratoire outillé pour les analyses biologiques et aussi pour l'histologie pathologique du système nerveux. On ne peut que souhaiter voir se développer ces services, pour obtenir un rendement encore meilleur dans le traitement des épileptiques hospitalisés aux Asiles de la Force.

Conclusions.

Au terme de cette étude sur les conditions de fonctionnement d'un établissement particulier pour épileptiques, il convient de dégager quelques conclusions. Tout d'abord celle-ci : entre les épileptiques justiciables de l'asile d'aliénés et les épileptiques qui peuvent normalement mener l'existence de tout le monde, on trouve une quantité importante d'épileptiques qu'il y a avantage à placer dans des établissements spécialisés, sous réserve, bien entendu de transfert immédiat à l'asile d'aliénés de tout sujet présentant tout à coup de nouveaux troubles le faisant tomber sous le coup des lois d'internement.

En outre le traitement doit-être assez précoce pour que l'épileptique puisse être traité dans de bonnes conditions, Il faut avoir la possibilité de continuer ce placement pendant de très longues années, et par conséquent des pavillons distincts doivent abriter les enfants et les adultes des deux sexes. En effet si l'épileptique n'est pas socialement récupérable, il convient de lui assurer dans le cadre d'une discipline souple et d'un traitement approprié un séjour se rapprochant des conditions de l'existence ordinaire. Evidemment il serait désirable de récupérer tous les épileptiques

en les guérissant. Mais dans l'état actuel des choses c'est un désir et une espérance plus qu'une réalité. Par ailleurs il faut compter les séquelles, les insuffisances, les infirmités. Et l'on comprend la nécessité d'asiles d'épileptiques organisés comme des sortes de collectivités familiales, comme des « colonies ».

Mais pour que de tels asiles répondent à leur but, il faut un personnel dévoué et consacré à sa tâche médico-pédagogique. Et d'autre part certains principes de responsabilité personnelle, de dignité individuelle, de travail méthodique, doivent être observés.

Au cours de notre séjour d'enquête aux Asiles John Bost, nous avons rencontré sans doute un certain nombre de déficiences, notamment quant à l'état des anciens bâtiments, mais dans l'ensemble il nous a semblé que l'organisation qui était expérimentée depuis bon nombre d'années correspondait sensiblement à ce qu'on est en droit d'attendre d'un établissement spécialisé pour la garde et le traitement d'une importante catégorie d'épileptiques.

Vu : le Président de la thèse,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Directeur de l'Ecole Normale Supérieure
chargé des fonctions de
Recteur de l'Académie de Paris.

CARCOPINO.

Vu : le Doyen,
A. BAUDOUIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE (J.). — L'épilepsie psychique (Rev. Neurol. I., 1201-1216, juin 1932).
- Etiologie générale de l'épilepsie commune (Rev. Neurol., 64 : 461-466. Octobre 1935. Rapport au Congrès de Londres, 29 juillet, 2 août 1935).
- AUBENQUE (M.). — Contribution à l'étude de la question de l'internement des épileptiques (Thèse de Montpellier, 1940. Imprim. de la Charité).
- CELLIER (A.) et VERYAECK (P.). — L'assistance par le travail aux épileptiques ; nécessité et urgence de la réaliser (Hygiène mentale 22 ; 45-53. avril 1927).
- CHAVANY (J.-A.). — L'hérédité dans l'épilepsie. Problème bio-social (Le Monde Médical, 15 février 1939, 104-112).
- CROUZON (O.). — Etat actuel des questions sociales (épilepsie, etc.) (Rev. Neurol. I : 1249-1256, juin 1932).
- GOT (R.). — L'assistance aux épileptiques, son état actuel en France (Thèse de Paris, 1932).
- HEUCQUEVILLE (G. d') — La cure du caractère épileptique (Le Bulletin Médical, n° 22, 2 juin 1934).
- LAIGNEL-LAVASTINE, HEUCQUEVILLE (G. d'). — Les différentes tonalités affectives des épileptiques traités (Soc. de Méd. psychol. Séance du 22 mai 1933. In : Ann. Méd. Psychol., n° 5, mai 1933).
- MARIE (A.). — Assistance des débilés adultes et épileptiques par retour à la terre (Rev. Philantr. Par. 1909, XXV, 445-468).
- SHANAHAN (W. T.). — Histoire of development of special institutions for epileptics in United States (Psychiatric Quart., 2 : 422-434, oct. 1928).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAP. I. — Historique des Asiles John Bost	13
CHAP. II. — Statistiques (Résultats comparés des divers traitements utilisés aux Asiles John Bost de 1884 à 1940)	32
CHAP. III. — Observations de malades	46
CHAP. IV. — Principes mis en application aux Asiles John Bost	63
(Absence de clôtures. Esprit de collectivité. Le travail des malades utilisé comme traitement Les essais des récupération sociale, discussion et limites. Considérations pratiques et aspect économique des diverses questions : installa- tion des locaux, régime alimentaire, organisa- tion des recherches scientifiques)	63
CONCLUSIONS	80
BIBLIOGRAPHIE	82
TABLE DES MATIÈRES	83

